

# Antragsformular zur Mitgliedschaft in der Gesellschaft für Atmungstherapie und Beatmungsmedizin e.V.



Gesellschaft für Atmungstherapie  
und Beatmungsmedizin e.V.

Rücksendung erbeten an:

GAB  
Gesellschaft für Atmungstherapie  
und Beatmungsmedizin e.V.  
Kippenser Weg 10  
26409 Wittmund

oder per E-Mail an: [info@gesellschaft-atmungstherapie.de](mailto:info@gesellschaft-atmungstherapie.de)

Ich möchte ein aktives Mitglied in der GAB werden. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 10€ monatlich. Die aktive Mitgliedschaft ist ausschließlich Atmungstherapeuten mit abgeschlossener Weiterbildung vorbehalten.

Ich möchte ein Fördermitglied in der GAB werden. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 5€ monatlich. Die Fördermitgliedschaft ist für alle natürliche Personen ab 18 Jahren und Institutionen möglich.

Frau     Herr     Divers

Titel:                      Vorname:                      Nachname:

Straße:                      Hausnummer:

Postleitzahl:                      Stadt:

Geburtsdatum:                      Telefon\*:                      E-Mail:

AT-Weiterbildung abgeschlossen am:                      Bildungsträger der AT-weiterbildung\*:

Klinik / Einrichtung\*:

\*: freiwillige Angaben

Ich wünsche eine monatliche Beitragszahlung per Rechnung.

Ich wünsche eine jährliche Beitragszahlung per Rechnung.

Ort, Datum:                      Unterschrift: