

Ich bitte hiermit um Aufnahme in den Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V.

ab: als: (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

1. Ordentliches Mitglied ⁽¹⁾⁽²⁾

freiberuflich tätiger Physiotherapeut
(Monatsbeitrag 37,00)

2. Außerordentliches Mitglied ⁽²⁾⁽³⁾

juristische Person mit Kassenzulassung zur Abgabe
physiotherapeutischer Leistungen
(Monatsbeitrag 37,00 Euro)

3. Fördermitglied I ⁽⁴⁾

angestellt tätiger Physiotherapeut (Monatsbeitrag 9,50), ermäßigte
Kursteilnahme wird nur Fördermitgliedern gewährt, die in der Praxis
eines ordentlichen/außerordentlichen Mitglieds tätig sind

4. Fördermitglied II ⁽⁴⁾

Schüler/Studenten in der Ausbildung an staatlich aner-
kannten Physiotherapieschulen bzw. an grundständigen
oder dualen Studiengängen (beitragsfrei)

5. Fördermitglied III ⁽⁵⁾

der Physiotherapie nahestehende Person
(Monatsbeitrag 3,50 Euro)

6. Starter-Mitglied ⁽¹⁾

Physiotherapeuten, die beabsichtigen, ihren Beruf
zukünftig selbstständig auszuüben
(Monatsbeitrag 20,00 Euro)

Der Bezug des Fachmagazins „physiotherapie“ ist in den Mitgliedsbeiträgen enthalten.

1) Bitte staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/in beifügen. 2) Bitte Zulassungsbescheid oder Nachweis über die freiberufliche Tätigkeit beifügen. 3) Bitte staatliche Anerkennung des fachlichen Leiters beifügen. 4) Bitte Schul-/Studienbescheinigung beifügen. 5) Bitte Bescheinigung über den Grund der (gegenwärtigen) Nicht-Tätigkeit beifügen.

Bitte deutlich lesbar ausfüllen!

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (tagsüber)

Geburtsdatum

E-Mail*

IK-Nummer

(geplantes) Zulassungsdatum

Praxisstempel

x

x

Ort, Datum

Unterschrift

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE93ZZZ00000327416

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

IBAN

BIC



Einzugsermächtigung Mitgliedsbeitrag

Hiermit ermächtige ich den IFK, den Mitgliedsbeitrag ab dem

halbjährlich von meinem Konto mittels Lastschrift einzuzie-
hen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom IFK
auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit
dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags
verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut
vereinbarten Bedingungen.

x

x

Ort, Datum

Unterschrift

*Einwilligungserklärung zur Nutzung der E-Mail-Adresse

Gegenstand:

Die E-Mail-Adresse der Mitglieder des IFK e.V. wird erhoben und gespeichert.

Verwendungszweck:

Die E-Mail-Adresse wird zur Verwendung von folgenden Zwecken erhoben:



für die Zusendung der Newsletter „IFK-Mitgliedernews“
sowie „IFK-Mitgliedernews ad hoc“



für die Zusendung von IFK-Informationen (z. B. Preislisten etc.)

Bitte gewünschte E-Mail-Zusendungen ankreuzen.

Ich stelle sicher, dass mein Postfach größere Datenmengen empfangen kann.

Erklärung:

Ich erkläre mein Einverständnis mit der Speicherung meiner
E-Mail-Adresse für die zuvor beschriebenen Zwecke. Diese
Erklärung erfolgt freiwillig und ohne äußeren Druck. Eine
Weigerung hat keine Konsequenzen für mich. Eine Verwendung
der E-Mail-Adresse für andere als die beschriebenen Zwecke ist
nicht gestattet. Ein Widerruf der Verwendung für die Zukunft ist
jederzeit möglich. Im Falle des Widerrufs veranlasst der IFK eine
unverzügliche Löschung der Adresse.

Einen Widerruf nimmt der IFK telefonisch, per Brief oder unter
der E-Mail-Adresse presse@ifk.de entgegen.

x

x

Ort, Datum

Unterschrift