

# IFK-beitrittserklärung

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V.  
Gesundheitscampus-Süd 33 | 44801 Bochum  
Telefax: 0234 97745-45 | E-Mail: ifk@ifk.de



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

ab:

als: (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

1. **Ordentliches Mitglied** <sup>(1|2)</sup>  
freiberuflich tätiger Physiotherapeut  
(Monatsbeitrag 31,00 Euro)
2. **Außerordentliches Mitglied** <sup>(2|3)</sup>  
juristische Person mit Kassenzulassung zur  
Abgabe physiotherapeutischer/krankengymnas-  
tischer Leistungen (Monatsbeitrag 31,00 Euro)
3. **Fördermitglied I** <sup>(1)</sup>  
angestellt tätiger Physiotherapeut (Monatsbeitrag  
8,00 Euro), ermäßigte Kursteilnahme wird nur  
Fördermitgliedern gewährt, die in der Praxis  
eines ordentlichen/außerordentlichen Mitglieds  
tätig sind
4. **Fördermitglied II** <sup>(4)</sup>  
Schüler/Studenten in der Ausbildung an staat-  
lich anerkannten Physiotherapieschulen bzw. an  
grundständigen oder dualen Studiengängen  
(beitragsfrei)
5. **Fördermitglied III** <sup>(5)</sup>  
der Physiotherapie nahestehende Person  
(Monatsbeitrag 3,00 Euro)
6. **Starter-Mitglied** <sup>(1)</sup>  
Physiotherapeuten, die beabsichtigen, ihren  
Beruf zukünftig selbstständig auszuüben  
(Monatsbeitrag 17,00 Euro)

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

## abonnement

Hiermit bestelle ich das Fachmagazin „physiotherapie“  
(6 Ausgaben/Jahr) zum jährlichen Bezugspreis von  
33,00 Euro inkl. Versand und MwSt. ab der nächsten  
Ausgabe für ein Jahr. Sollte ich das Abonnement nicht  
3 Monate vor Ablauf dieser Frist kündigen, verlängert es  
sich jeweils um ein weiteres Jahr.

Name | Vorname

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Ort | Datum

Unterschrift

Bitte deutlich lesbar ausfüllen!

Name | Vorname

Geburtsdatum

PLZ | Ort

Straße | Hausnummer

Telefon (tagsüber)

Telefax

E-Mail

Internet

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten – zum Zwecke der Mitgliederverwaltung – gespeichert und verarbeitet werden. Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Ort | Datum

Unterschrift

IK-Nummer

(geplantes) Zulassungsdatum

- 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.

Praxisstempel

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE93ZZZ00000327416

Hiermit ermächtige ich den IFK, den **Mitgliedsbeitrag** ab dem       halbjährlich von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom IFK auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hiermit ermächtige ich den IFK, den **Bezugspreis** des Fachmagazins „physiotherapie“ jährlich von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. 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.

Name | Vorname

PLZ | Ort

Straße | Hausnummer

BIC

IBAN

Ort | Datum

Unterschrift