

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR BERG- & EXPEDITIONSMEDIZIN

Geschäftsstelle: Kristin Krahl | Tassilostr. 2 | D-85540 Haar
fon: +49 (0)89 - 5160 7546 | fax: +49 (0)89 - 5160 7572
web: www.bexmed.de | email: info@bexmed.de



BExMed | Kristin Krahl | Geschäftsstelle
Tassilostr. 2 | 85540 Haar | Germany

An BExMed
Deutsche Gesellschaft für Berg- & Expeditionsmedizin
Kristin Krahl
Tassilostr. 2
D-85540 Haar

Präsident 2007-2009:
PD Dr. Rainald Fischer
LMU München
Ziemssenstrasse 1
80336 München

Vizepräsident 2007-2009:
Helga Rek
Hammelerstr. 12 a
86356 Neusäß

Sekretär 2007-2009:
Dr. Georg Kunze

Vorstand 2007-2009:
Dr. Rainald Fischer
Helga Rek
Dr. Georg Kunze
Dr. Ulrich Steiner
Dr. Eli Heyn
Dr. Christoph Kruis
Dr. Andreas Rickauer

Geschäftsstelle
Kristin Krahl
Maria Kerscher
Tassilostr. 2
85540 Haar

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker-
und Ärztebank München

Kontonummer 4351347
BLZ 70090606

IBAN:
DE29300606010004351347
BIC: DAAEEDDD

www.bexmed.de

Ich möchte Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Berg- & Expeditionsmedizin e. V. werden!

Name	_____	Vorname	_____
Titel	_____	Geburtsdatum	_____
PLZ	_____	Wohnort	_____
Straße (Nr)	_____	Berufl. Tätigkeit	_____
Telefon privat	_____	Telefon beruflich	_____
Fax privat	_____	Fax beruflich	_____
email	_____		
Bemerkungen	_____		

Mitgliedschaft in anderer ja Interesse an Alpinärztekursen ja
bergmedizinischer
Gesellschaft

Mitgliedsbeiträge (bitte ankreuzen):

- Jahresbeitrag 40.- €
- Ermäßigter Beitrag für Schüler, Studenten, Arbeitslose, Rentner, usw. 20.- €
- Beitrag für fördernde Mitglieder / Institutionen 500.- €
- Hiermit ermächtige ich die Deutsche Gesellschaft für Berg- & Expeditionsmedizin mit Sitz in München, die jährlichen Mitgliedsbeiträge in der von der Mitgliederversammlung genehmigten Höhe bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mit der

Kontonummer: _____ **Bankleitzahl:** _____

bei der Bank: _____

durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Datum/Ort:

Unterschrift: