

Ärztegesellschaft für  
Klinische Metalltoxikologie e. V. (KMT)  
Königsallee 94  
40212 Düsseldorf

### Antrag auf Mitgliedschaft in der KMT

Hiermit stelle ich den Antrag, in die Ärztegesellschaft für Klinische Metalltoxikologie e. V (KMT), aufgenommen zu werden.

Vor- und Zuname:

Akad. Grad:

Geburtsdatum:

Facharzt:

Zusatzbezeichnungen:

Anschrift (mit Stempel):

Telefon:

Internet:

E-Mail:

Tätig in/als

- eigene Praxis (Vertragspraxis)
- eigene Praxis (Privatpraxis)
- leitender Arzt in Klinik
- angestellter Arzt in Klinik
- sonstiges

Ich führe bereits Metallausleitungen durch mit:

- EDTA
- DMPS
- DMSA
- DTPA
- keines

**Mitgliedsbeitrag:**

Bitte beachten Sie, dass lediglich Bankeinzug möglich ist.

- 205 € für Ärzte der Eu-Länder
- 230 € für Ärzte Nicht-Eu-Länder
- 410 € für Kliniken

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Praxisdaten auf der Homepage der KMT einverstanden.

Datum

Unterschrift

KMT, Königsallee 94, 40212 Düsseldorf  
Telefon (49) 0211-451845  
Fax (49) 0211-7488048  
Email: info@metallausleitung.de  
Vereinsregister Amtsgericht Düsseldorf

Präsident: Dr. Thomas B. Fischer  
Stellvertreter: Dr. Thomas Carmine  
Dr. Karsten Ostermann

Wiesbadener Volksbank  
BLZ 510 900 00 - Konto -Nr. 43105701  
Bankcode: BIC-WIBADE5W  
IBAN- DE35 5109 0000 0043 1057 01  
Steuernummer: 4023117920 Finanzamt Wiesbaden

---

Ärztegesellschaft für  
Klinische Metalltoxikologie e. V. (KMT)  
Königsallee 94  
40212 Düsseldorf

### **Einzugsermächtigung / SEPA Lastschriftsmandat**

Hiermit ermächtige ich die Ärztegesellschaft für Klinische Metalltoxikologie e. V. (KMT) bis auf Widerruf die Rechnungen für meinen Mitgliedsbeitrag von meinem nachfolgenden Konto im SEPA- Verfahren einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ärztegesellschaft für Klinische Metalltoxikologie e. V. (KMT) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bank / Sparkasse:

---

IBAN:

BIC:

---

Kontoinhaber:

---

Anschrift (mit Stempel):

Telefon:

E-Mail:

---

Datum

Unterschrift