

Aufnahmeantrag der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V.

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Akad. Grad: _____ Position: _____

Institution: _____

Korrespondenzanschrift:

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Facharzt / Teilgebiet: _____

Zusatzbezeichnung: _____

Fak. Weiterbildung: _____

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in die DGG und werde folgenden Beitrag zahlen:

Niedergelassener Arzt € 100,00 Chefarzt, ltd. Arzt € 100,00

Arzt im öffentl. Dienst € 100,00 Assistenzärzte/Pensionäre € 50,00

Förderndes Mitglied € _____

Ich wünsche eine jährliche Rechnung und überweise den Mitgliedsbeitrag.

Ich erteile Ihnen hiermit bis auf Widerruf die Einzugsermächtigung für den genannten

Mitgliedsbeitrag zu Lasten meines Girokontos:

Kto.-Nr. _____ BLZ _____

IBAN _____ BIC _____

bei der _____ (Bezeichnung des Kreditinstitutes)

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden

Kreditinstitutes (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____