

deutsche gesellschaft für frauengesundheit e.V.
z. Hd. Mitgliederbetreuung
Ole Hoop 18
22587 Hamburg

Antrag

auf Mitgliedschaft in der deutschen gesellschaft für frauengesundheit e.V. (dgf e.V.)

- Ja, hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied in die deutsche gesellschaft für frauengesundheit e.V. Mit der hierfür notwendigen Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung dieser Daten gem. BDSG im Rahmen der satzungsgemäßen Aufgaben der dgf e.V. bin ich ausdrücklich einverstanden. Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit jährlich EUR 25,- (bei Bankeinzugsermächtigung, ansonsten zusätzlich EUR 10,- Bearbeitungsgebühren).

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte verwenden Sie nachfolgende Kontaktdaten

Ich bin niedergelassene/r Frauenarzt/-ärztin Assistenzarzt/-ärztin sonstige

Titel/Vorname/Name

Geburtsdatum

(Dienst-)Anschrift: Straße/Hausnummer (ggf. Klinik)

PLZ/Ort

Telefon

Telefax

E-Mail

- Ich bin mit der Veröffentlichung meines Namens im öffentlich zugänglichen Mitgliederverzeichnis einverstanden

Ort, Datum

Unterschrift

Bankeinzugsermächtigung

- Hiermit ermächtige ich die dgf e.V. die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines nachfolgend genannten Kontos einzuziehen. Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich zum 15. Januar bzw. zum Zeitpunkt der Aufnahme fällig. Die Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden.

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift