



DGA Geschäftsstelle

Gabriele Wickert
Olpketalstr. 37

D- 44229 Dortmund

Fon 0231-94158215

Fax 0231-9062451

geschaefsstelle@dg-andrologie.de

www.dg-andrologie.de

Antrag auf Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Andrologie e.V.

Hiermit ersuche ich um Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Andrologie e.V.

Persönliche Angaben

Nachname: _____

Vorname: _____

Titel: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Nationalität: _____

Berufliche Anschrift

Ggf. Institution: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-mail: _____

Private Anschrift

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-mail: _____

Bitte Email-Adresse / Anschrift für Korrespondenz festlegen!

beruflich privat

Kurzgefasste Angaben zum Lebenslauf (mit Jahresangaben)

Schulabschluss: _____

Berufsausbildungs- bzw. Studienabschluss: _____

Promotion (Fachgebiet): _____

Facharztanerkennung: _____

Zusatzbezeichnungen: _____

Weitere Aus-/Weiterbildungen: _____

Beruf. Tätigkeiten: _____

Sonstiges: _____

Mein Bürge ist: (muss Mitglied der DGA sein):

Name: _____

Unterschrift Bürge/Bürgin _____

Mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung dieser Daten gem. Art. 13 DSGVO im Rahmen der satzungsmäßigen Aufgaben der DGA e.V. bin ich einverstanden.

Ort/Datum _____ Unterschrift Antragsteller/in _____

Auf der Homepage der Gesellschaft werden folgende Daten in das Mitgliederverzeichnis aufgenommen:

Name / Praxis-oder Klinikanschrift / Praxis- oder Klinik-Telefonnummer / Angaben zur Fachrichtung

Wenn Sie diesen Eintrag NICHT wünschen, teilen Sie uns dies bitte hier mit:

Ich wünsche KEINEN Eintrag im Mitgliederverzeichnis

Ich weiß, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Ich willige ein, dass die Daten, die ich auf diesem Antrag zur Verfügung stelle, gem. Satzung der DGA an den Vorstand zur Begutachtung und zum Beschluss weitergereicht werden.

Jahresbeitrag 80,00 €

**Über den Jahresbeitrag von 80,00 € erhalten Sie einmal jährlich eine Rechnung, die zu begleichen ist
Die Rechnung ist gleichzeitig Ihr Nachweis für den gezahlten Jahresbeitrag**

Kontoinformationen:

DGA e.V.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank

BIC: DAAEDEDXXX / IBAN: DE 96 3006 0601 0008 8397 86

Ort / Datum

Unterschrift