



Deutsche Gesellschaft für Andrologie e.V.
Geschäftsstelle
Tzschimmerstraße 30
01309 Dresden

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:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>
Titel:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Geburtsort:	<input type="text"/>
Nationalität:	<input type="text"/>

Berufliche Anschrift

Ggf. Institution:	<input type="text"/>		
Straße:	<input type="text"/>		
PLZ, Ort:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>	Telefax:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>		

Private Anschrift

Straße:	<input type="text"/>		
PLZ, Ort:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>	Telefax:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>		

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:

Berufl. 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 wünsche die Aufnahme in die Andrologensuche auf der DGA Homepage.

Ich weiß, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ort/Datum Unterschrift Antragsteller/in _____

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:

Kontoinhaber: Deutsche Gesellschaft für Andrologie e.V.

Kreditinstitut: Deutsche Apotheker- und Ärztebank

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

Ort/Datum Unterschrift Antragsteller/in _____