

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:			
Vorname:			
Titel:			
Geburtsdatum:			
Geburtsort:			
Nationalität:			
Berufliche Ansc	chrift		
Ggf. Institution:			
Straße:			
PLZ, Ort:			
Telefon:	Te	lefax:	
E-mail:			
Private Anschrif	ift		
Straße:			
PLZ, Ort:			
Telefon:	Te	elefax:	
E-mail:			

Bitte Email-Adresse / Anschrift für Korre	spondenz festlegen! Beruflich privat
Kurzgefasste Angaben zum Lebenslauf (r	nit Jahresangaben)
Schulabschluss:	
Berufsausbildungs- bzw. Studienabschlus	s:
Promotion (Fachgebiet):	
Facharztanerkennung:	
Zusatzbezeichnungen:	
Weitere Aus-/Weiterbildungen:	
, ,	
Berufl. Tätigkeiten:	
Sonstiges:	
Mein Bürge ist: (muss Mitglied der DGA	sein):
Name:	
Unterschrift Bürge/Bürgin	
	nd Übermittlung dieser Daten gem. Art. 13 DSGVO im Rahmen der
satzungsmäßigen Aufgaben der DGA	e.V. bin ich einverstanden.
Ort / Datuma	Linkowsky ift Amtus pate II = 11 / 11
Ort/Datum	Unterschrift Antragsteller/in

Auf der Homepage der Gesellschaft werd	len folgende Daten in das Mitgliederverzeichnis aufgenommen:
Name / Praxis-oder Klinikanschrift / Praxi	s- oder Klinik-Telefonnummer / Angaben zur Fachrichtung
Wenn Sie diesen Eintrag NICHT wünsche	n, teilen Sie uns dies bitte hier mit:
☐ Ich wünsche KEINEN Eintrag im Mitş	gliederverzeichnis.
Ich wünsche die Aufnahme in die Ar	ndrologensuche auf der DGA Homepage.
Ich weiß, dass ich meine Einwilligung jed	erzeit widerrufen kann.
Ort/Datum	Unterschrift Antragsteller/in
Ich willige ein, dass die Daten, die ich auf Vorstand zur Begutachtung und zum Besc	diesem Antrag zur Verfügung stelle, gem. Satzung der DGA an den chluss weitergereicht werden.
Mitgliedsbeitrag: 80,00 € / Jahr	
mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich	t für Andrologie e.V., fällige Mitgliedsbeiträge von meinem Konto weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Die Gläubiger-Identifikationsnummer lau	tet DE28ZZZ00002529516 .
	chen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Bankverbindung:	
Name des Kreditinstituts:	
IBAN:	
BIC:	
-	nicht zustimmen, erhalten Sie einmal jährlich eine Rechnung, die zeitig Ihr Nachweis für den gezahlten Jahresbeitrag.
Kontoinformationen Deutsche Gesellsch	aft für Andrologie:
Kontoinhaber: Deutsche Gesellschaft für	Andrologie e.V.
Kreditinstitut: Deutsche Apotheker- und	Ärztebank
BIC: DAAEDEDDXXX	IBAN: DE 96 3006 0601 0008 8397 86
Ort/Datum	Unterschrift Antragsteller/in