



## DGA Geschäftsstelle

Gabriele Wickert | José Aranzabal  
Amsterdamer Weg 78

D- 44269 Dortmund

Fon 0231-94158215

Fax 0231-9062451

Mobil 0173-2385773

geschaefsstelle@dg-andrologie.de

www.dg-andrologie.de

## **Änderungsmitteilungen** zur Mitgliedschaft in der Deutschen 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

**Berufl. Tätigkeiten / Facharztstatus / Zusatzbezeichnungen etc.**

---

---

---

---

Mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung dieser Daten gem. BDSG 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 \_\_\_\_\_

**Einzugsermächtigung / Jahresbeitrag 80,00 €**

Hiermit bevollmächtige ich die Deutsche Gesellschaft für Andrologie e.V., die von mir zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten des nachstehenden Kontos einzuziehen:

KONTOINHABER/IN \_\_\_\_\_

BANK \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Gleichzeitig ermächtige ich die oben genannte Bank, mein Konto mit dem geforderten Betrag zu belasten. Für entsprechende Deckung werde ich Sorge tragen.

Diese Erklärung gilt, solange sie nicht gegenüber der Deutschen Gesellschaft für Andrologie e.V. schriftlich widerrufen wird.

Am Lastschriftverfahren nehme ich nicht teil und überweise den Betrag jeweils zum 15.01.eines Jahres auf das folgende Konto:

**DGA e.V. / Deutsche Apotheker- und Ärztebank /  
BIC: DAAEDEDXXX / IBAN: DE 96 3006 0601 0008 8397 86**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
rechtsgültige Unterschrift Kontoinhaber/in