



## 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

## **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. 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 \_\_\_\_\_

**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