



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN
WIR DENKEN GEFÄSSE WEITER

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT (bitte Blockschrift)

Titel, Name	Vorname
-------------	---------

Geburtsdatum	Geburtsort	Nationalität
--------------	------------	--------------

Facharzt/Fachärztin (Ja / Nein)

Funktion (Assistenzarzt/-ärztin / Oberarzt/-ärztin / Leitende(r) Oberarzt/-ärztin / Chefarzt/-ärztin / Gefäßassistent/in / Student/in / EVA / Andere)

Dienstanschrift

Klinikname und Abteilung

Straße

PLZ / Ort

E-Mail	Telefon	Fax
--------	---------	-----

Private Anschrift

Straße

PLZ / Ort

E-Mail	Telefon	Fax
--------	---------	-----

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragstellers/in





DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN
WIR DENKEN GEFÄSSE WEITER

ANLAGE ZUM AUFNAHMEANTRAG

BERUFLICHER WERDEGANG (bitte Blockschrift)





DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN
WIR DENKEN GEFÄSSE WEITER

An die

Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie
und Gefäßmedizin
Gesellschaft für operative, endovaskuläre
und präventive Gefäßmedizin e.V.
Robert-Koch-Platz 9
10115 Berlin

Oder per Fax an: 030- 280 990 999

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE70DGG00000590506
Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Titel, Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC) _____ / _____

DE __ / ____ / ____ / ____ / ____ / __
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift

