

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN E.V.

Gesellschaft für operative, endovaskuläre und präventive Gefäßmedizin e.V.

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT (bitte Blockschrift)



Titel, Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Nationalität _____

Facharzt (Ja / Nein) _____

Funktion (Assistenzarzt / Oberarzt / Leitender Oberarzt / Chefarzt / Gefäßassistent / Student / EVA / Andere) _____

Dienstanschrift

Klinikname und Abteilung _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Email _____ Telefon _____ Fax _____

Private Anschrift

Straße _____

PLZ / Ort _____

Email _____ Telefon _____ Fax _____

Ort, Datum _____

Unterschrift des Antragstellers _____

Geschäftsstelle: DGG e.V., Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin
Tel. 030-280 990 990, Fax. 030-280 990 999, Email: sekretariat@gefaesschirurgie.de, <http://gefaesschirurgie.de>
Präsident: Prof. Dr. med. D. Böckler; Vize-Präsident: Prof. Dr. med. M. Steinbauer; Sekretär PD Dr. med. F. Adili;
Schatzmeister: Prof. Dr. med. H. Wenk; Weitere Vorstandsmitglieder: Prof. Dr. med. T. Schmitz-Rixen, Prof. Dr. med. J. Heckenkamp, Dr. med. Julia Härtl, Dr. med. H. Diener, Dr. med. T. Noppeney



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