



Aufnahmeantrag

Bitte senden oder faxen Sie das vollständig ausgefüllte Formular an:

Intercongress GmbH, DVSE e.V. - Mitgliederverwaltung, Ingeborg-Krummer-Schroth-Str. 30, 79106 Freiburg
Tel. 0761 69699-247, Fax 0761 69699-11, E-Mail: mitgliederverwaltung@dvse.info

..... Nachname Vorname Titel
-------------------	------------------	----------------

Bitte Privatanschrift angeben:

..... Straße PLZ, Ort Land
..... Telefon Fax E-Mail (für Korrespondenz zwingend anzugeben)
..... Geburtsdatum Homepage	

Der **Mitgliedsbeitrag** ist gemäß der Funktion gestaffelt:

120 Euro/Jahr Assistenzarzt/-ärztin (**bitte Nachweis einreichen, s. Vorlage Arbeitgeberbescheinigung**)

150 Euro/ Jahr Facharzt/-ärztin, Niedergelassener Arzt, Leitende Funktionen

Die Entrichtung des Mitgliedsbeitrages erfolgt ausschließlich per Bankeinzug.

Einzug von:

..... Kontoinhaber/Kontoinhaberin IBAN
..... Bank BIC

Die Intercongress Gläubiger ID lautet DE15ZZZ 000 004 457 05.

Ihre Mandatsreferenz erhalten Sie mit Ihrer Rechnung/ Buchungsbestätigung.

Funktion:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Assistenzarzt/-ärztin | <input type="checkbox"/> Ärztlicher Direktor/-in |
| <input type="checkbox"/> Facharzt/-ärztin | <input type="checkbox"/> Sektionsleiter/-in |
| <input type="checkbox"/> Oberarzt/-ärztin | <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt/ Ärztin |
| <input type="checkbox"/> Chefarzt/-ärztin | |

Frühere Ämter, Tätigkeiten, Mitgliedschaften in anderen ärztlichen Gesellschaften oder Berufsorganisationen von besonderem Interesse: _____

- DGOOC DGU DGOU

