



Aufnahmeantrag

Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V. (D.A.F.)

Sektion der DGOOC / DGU / DGOU

German Orthopedic Foot and Ankle Society

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Geburtsdatum: _____ Gebiets- und Teilgebietbezeichnung: _____

Bestehende Mitgliedschaft(en) DGOOC DGU DGOU _____
andere

Die Mitgliedschaft in einer dieser Fachgesellschaften - bei ausländischen Bewerbern der jeweiligen nationalen Fachgesellschaft - ist satzungsgemäß für Fachärzte Voraussetzung für die Aufnahme in die D.A.F. **Nachweis bitte beilegen.**

Klinik-/Praxis-/Institutsadresse bitte als Korrespondenzadresse / Veröffentlichung auf der D.A.F. Homepage nutzen

Position: _____ Klinik: _____

Plz-Ort: _____ Straße: _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Privatadresse bitte als Korrespondenzadresse / Veröffentlichung auf der D.A.F. Homepage nutzen

Plz-Ort: _____ Straße: _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Hiermit stelle ich den Antrag auf Mitgliedschaft in der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk.

Die Satzung der D.A.F. erkenne ich an und erkläre mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten in das Mitgliederverzeichnis aufgenommen und bei Bedarf versandt werden.

Mit einer Veröffentlichung meiner Daten auf der Homepage der D.A.F. bin ich einverstanden: ja nein

Ich wünsche folgenden Jahresbeitrag:

Euro 170,- Wohnort/Arbeitsstelle in Deutschland Euro 80,- Wohnort/Arbeitsstelle nicht in Deutschland

Euro 140,- * (Assistenzärzte/Innen in Weiterbildung, Pensionäre, Elternzeit, Bezug von „Foot&Ankle Surgery“ nur online)

* dieser setzt zwingend eine entsprechende Bescheinigung voraus, welche jedes Jahr bis zum 31.03. vorliegen muss

Ort Datum Unterschrift des Antragstellers



SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige die D.A.F., **Gläubiger-Identifikationsnummer: DE25ZZZ00000107965**, den Jahresbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der D.A.F. auf mein Konto gezogene Lastschrift 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.

Kontoführendes Institut (Name und BIC)

DE _____
IBAN

Ort Datum Unterschrift

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Die Aufnahme von der Antragstellerin / dem Antragsteller in die D.A.F. wird von mir befürwortet:

Nach §6 der Satzung sollte der Antrag auf Mitgliedschaft in der D.A.F. von mindestens zwei Mitgliedern als Bürgen unterzeichnet sein.

1.)

Name: _____ Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

2.)

Name: _____ Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

Den ausgefüllten und unterschriebenen Aufnahmeantrag senden Sie bitte an den Schriftführer der D.A.F.:

Dr. med. Dr. h.c. Michael Gabel
ATOS Klinik Stuttgart GmbH
Hohenheimer Str. 91, 70184 Stuttgart