

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 140,- Wohnort/Arbeitsstelle in Deutschland Euro 80,- Wohnort/Arbeitsstelle **nicht** in Deutschland
 Euro 110,- (Ärztinnen / Ärzte in Fortbildung, Bezug von "Foot & Ankle Surgery" nur online)

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.

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

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

1.

Name, Ort, Unterschrift, Datum

2.

Name, Ort, Unterschrift, Datum

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

Dr. med. Dr. h.c. Michael Gabel, Bethesda-Krankenhaus / Fußzentrum Stuttgart, Hohenheimer Str. 21, 70184 Stuttgart