



Deutsche Gesellschaft für Dermatologie e.V.

Antrag auf Mitgliedschaft

An den Schatzmeister der DGDC
PD Dr. med. Cornelia Müller
Klinik für Dermatologie, Allergologie und
Venerologie
Gebäude 18, Dachgeschoss, Zimmer 2.08
66421 Homburg

**Bei Änderungen der persönlichen
oder beruflichen Angaben wird
um Benachrichtigung des Schriftführers
oder des Schatzmeisters gebeten!**

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Dermatologie e.V.:

Name: _____ Vorname: _____

Akad. Titel: _____ Geb.-Dat.: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Facharzt Dermatologie: ja nein Funktion (Klinik/niedergelassen): _____

Facharzt anderes Fach*: ja nein welches Fach: _____

* vgl. Satzung der DGDC § 3 (3)

Funktion: _____

Arzt in Weiterbildung: ja nein welches Fach: _____

Weiterbildungsjahr: _____

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Unterschrift 1. Bürge (DGDC-Mitglied) _____ Unterschrift 2. Bürge (DGDC-Mitglied) _____

Der Jahresbeitrag beträgt: € 50,00 – bei Erteilung einer Einzugsermächtigung
€ 70,00 – bei Zahlung per Überweisung (inkl. € 20,00 Bearbeitungsgebühr)
Ärzte in Weiterbildung (mit Nachweis) € 5,00 – ausschließlich Bankeinzug
Für die ersten drei Jahre (Eintrittsjahr + 2 Jahre)

Im Mitgliedsbeitrag enthalten: Reduzierte Tagungsgebühren bei DGDC-Veranstaltungen

Bankverbindung: Commerzbank AG
BIC: DRESDEFF479 IBAN: DE45 4808 0020 0405 5317 00

Einzugsermächtigung: Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag einmal jährlich bis auf
Widerruf von meinem Konto abgebucht wird.

IBAN _____

Bank _____

BIC _____

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift des Kontoinhabers: _____