



Deutsche Gesellschaft für Dermatologie e.V.

Antrag auf Mitgliedschaft

An den Schatzmeister der DGDC
Prof. Dr. med. Cornelia Müller
MVZ für Histologie, Zytologie und molekulare
Diagnostik Trier GmbH
Wissenschaftspark Trier
Max-Planck-Straße 5 und 17
54296 TRIER

**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: _____