

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Goethe-Universität, Haus 10 C / 1. Stock
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main



Beitrittserklärung

zur Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) als
ordentliches/korrespondierendes Mitglied zum Jahresbeitrag von 115,- €
(Ärzte/andere Berufe in Weiterbildung 75,- €, Studierende sowie Medizinische
Fachangestellte 25,- €). Lt. Beschluss des Vorstandes vom 12.10.2001 ist eine Mitgliedschaft
nur bei Teilnahme am Beitragseinzugsverfahren möglich.

Titel/Name/Vorname: _____
geb. am: _____
Straße: _____
PLZ/Wohnort: _____
Telefon/Fax/Mobil: _____
Email: _____

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von
mir zu entrichtenden Beitragszahlungen bei
Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos
einzuziehen.

Unterschrift

Facharzt/-ärztin f. Allgemeinmedizin (Jahr d. NL) _____
Facharzt/-ärztin f. Innere Medizin (Jahr d. NL) _____
Arzt/Ärztin in Weiterbildung (vrsl. Abschluss) _____
Medizinische Fachangestellte _____
Studierende/r (vrsl. Abschluss) _____
(bitte Kopie Studierendenausweis beilegen)
Anderer Beruf _____

Kontoinhaber: _____
Bankinstitut: _____
Girokonto Nr.: _____
Bankleitzahl: _____

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur DEGAM und wünsche eine Mitarbeit in der/den Sektion/en:

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Weiterbildung | <input type="checkbox"/> Fortbildung | <input type="checkbox"/> Studium und Hochschule |
| <input type="checkbox"/> Versorgungsaufgaben | <input type="checkbox"/> Forschung | <input type="checkbox"/> Qualitätsförderung |

Datum _____ Unterschrift (+ Stempel) _____

Bitte Beitrittserklärung mit beiden Originalunterschriften per Post - nicht per Fax oder Email senden.