

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)



DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Schumannstr. 9
10117 Berlin

Beitrittserklärung

zur Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) als ordentliches Mitglied zum Jahresbeitrag von 170,- €
(Ärzte in Weiterbildung und wissenschaftliche Mitarbeiter/TV-L: 120,- €, Medizinische Fachangestellte: 25,- €, **Studierende siehe separate Beitrittserklärung**, Beiträge ab 1.1.2021)
Lt. Beschluss des Präsidiums vom 12.10.2001 ist eine Mitgliedschaft nur bei Teilnahme am Beitragseinzugsverfahren möglich.

Vorname Geburtsdatum

Name Titel

Straße, Nr. PLZ, Ort

Telefon Fax

E-Mail-Adresse **bitte unbedingt angeben**

Facharzt/-ärztin f. Allgemeinmedizin

Facharzt/-ärztin f. Innere Medizin

Wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in

Arzt/Ärztin in Weiterbildung bis vrsl.:

Medizinische Fachangestellte

Senior/in

anderer Beruf

Ich wünsche eine Mitarbeit in der/den Sektion/en:

Studium und Hochschule

Weiterbildung

Fortbildung

Forschung

Qualitätsförderung

Versorgungsaufgaben

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur DEGAM.

Datum Unterschrift + Stempel

Wie sind Sie auf die DEGAM aufmerksam geworden?

Bitte beide Seiten der Beitrittserklärung mit beiden Originalunterschriften per Post - nicht per Fax oder E-Mail - senden.

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die DEGAM widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos mit SEPA-Basis-Lastschrift einzuziehen.

Gläubiger-ID: DE75ZZZ00001430339

Mandatsreferenznummer = Ihre DEGAM-Mitgliedsnummer

Kontoinhaber

Bankinstitut

IBAN

BIC

Datum

Ort

Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s)

Ich interessiere mich für die Arbeit der Deutschen Stiftung für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DESAM) und möchte deren Projekte zur Nachwuchs- und Forschungsförderung

- nachhaltig mit jährlich 50€ 100€ unterstützen
- einmalig mit 50€ 100€ unterstützen.

Informationen zur Stiftung auf www.desam.de

Ich interessiere mich auch für eine Mitgliedschaft in dem für meine Region zuständigen Landesverband des Deutschen Hausärzteverbandes und wünsche Informationsmaterial.

Bitte beide Seiten der Beitrittserklärung mit beiden Originalunterschriften per Post - nicht per Fax oder E-Mail - senden.