

# 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

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

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

Klimawandel und Gesundheit

Digitalisierung

Studium und Hochschule

Weiterbildung

Fortbildung

Forschung

Hausärztliche Praxis

Prävention

Leitlinien und Qualitätsförderung

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)

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