

AWOgyn e.V.
Repräsentanz der DGGG und Fachgesellschaften
Jägerstr. 58-60
10117 Berlin

Beitrittserklärung Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft als ordentliches Mitglied in die Arbeitsgemeinschaft für ästhetische, plastische und wiederherstellende Operationsverfahren in der Gynäkologie e. V. (AWOgyn).

Name: _____ **Vorname:** _____ **Titel:** _____
geb. am: _____ **Beruf:** _____ **Position:** _____
 Assistent(in) Facharzt/-ärztin Leitende(r) Arzt/-Ärztin Niedergelassene(r)

Privatanschrift

Adresse: _____
Tel.: _____ **Fax:** _____ **E-Mail:** _____

Dienstanschrift

Institution: _____
Adresse: _____
Tel.: _____ **Fax:** _____ **E-Mail:** _____

Ich möchte den regelmäßigen Newsletter erhalten: Ja Nein

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige die AWOgyn, die von mir zu entrichtende Beitragszahlung bis auf Widerruf bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen und verpflichte mich, jede Änderung meiner Bankverbindung umgehend der Gesellschaft mitzuteilen. Die Höhe der Beitragszahlung beträgt derzeit 100,00 Euro für Fachärzte, leitende Ärzte und Ärztinnen und Niedergelassene. Assistenzärzte/-ärztinnen zahlen 50,00 Euro.

Einzugsverfahren:

Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Info: Bei Nichtteilnahme am Bankeinzugsverfahren müssen wir aufgrund zusätzlicher Bearbeitung einen Betrag in Höhe von **20,00 €** berechnen.

Dieser Vertrag ist mit meiner Unterschrift gültig und ich bin mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung meiner Daten gem. DS-GVO einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte die Beitrittserklärung unterschreiben und per Post oder Fax an oben angegebene Adresse senden.