

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 (m/w/d) Facharzt (m/w/d) Oberarzt (m/w/d) Leitender Oberarzt (m/w/d)
- Niedergelassener Arzt (m/w/d) Chefarzt (m/w/d) Direktor (m/w/d)

Privatanschrift

Adresse: _____

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

Dienstanschrift

Institution: _____

Adresse: _____

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

Newsletter gewünscht

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 jährlich für Fach-, Chef-, Leitende,
Oberärzte/-ärztinnen, Direktor/-innen und Niedergelassene.
Assistenzärzte/-ärztinnen zahlen 50,00 Euro jährlich.

Einzugsverfahren: Bankverbindung: _____

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.