

AWOgyn e.V.  
Repräsentanz der DGGG und Fachgesellschaften  
Hausvogteiplatz 12  
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:** \_\_\_\_\_  
 Leitende(r)  Oberarzt/-ärztin  Niedergelassene(r)  Assistent(in)

#### 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 80,00 Euro für Leitende, Oberärzte/-ärztinnen und Niedergelassene. Assistenzärzte/-ärztinnen zahlen 40,00 Euro.

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 meine 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.