

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Goethe-Universität, Haus 10 C / 1. Stock
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main



Beitrittserklärung

zur Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM)
als ordentliches/korrespondierendes Mitglied zum Jahresbeitrag von 130,- €
(Ärzte in Weiterbildung 80,- €, Medizinische Fachangestellte 25,- €, Studierende beitragsfrei).
Lt. Beschluss des Präsidiums vom 12.10.2001 ist eine Mitgliedschaft nur bei Teilnahme
am Beitragseinzugsverfahren möglich.

Titel/Name/Vorname: _____

geb. am: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon/Fax/Mobil: _____

E-Mail: _____

Facharzt/-ärztin f. Allgemeinmedizin (Jahr d. NL) _____

Facharzt/-ärztin f. Innere Medizin (Jahr d. NL) _____

Arzt/Ärztin in Weiterbildung (vrsl. Abschluss) _____

Medizinische Fachangestellte _____

Studierende/r (vrsl. Abschluss) _____

(bitte Kopie Studierendenausweis beilegen)

Anderer Beruf _____

Hiermit ermächtigte ich die DEGAM widerruflich, die von mir
zu entrichtenden Beitragszahlungen bei Fälligkeit zu Lasten
meines Girokontos einzuziehen.

Unterschrift

Kontoinhaber: _____

Bankinstitut: _____

Girokonto Nr.: _____

Bankleitzahl: _____

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur DEGAM. Ich wünsche eine Mitarbeit in der/den Sektion/en:

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Weiterbildung | <input type="checkbox"/> Fortbildung | <input type="checkbox"/> Studium und Hochschule |
| <input type="checkbox"/> Versorgungsaufgaben | <input type="checkbox"/> Forschung | <input type="checkbox"/> Qualitätsförderung |

Datum _____ Unterschrift (+ Stempel) _____

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