

## 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,- €, Medizinstudierende beitragsfrei).  
Lt. Beschluss des Präsidiums vom 12.10.2001 ist eine Mitgliedschaft nur bei Teilnahme  
am Beitragseinzugsverfahren möglich.

Geworben von _____ _____ (Vorname, Nachname, Adresse)
---

Titel/Name/Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Jahr der Niederlassung \_\_\_\_\_

Facharzt/-ärztin f. Allgemeinmedizin ja/nein\*

Facharzt/-ärztin f. Innere Medizin ja/nein\*

Arzt/Ärztin in Weiterbildung ja/nein\*

\* nicht Zutreffendes streichen

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.