Aufnahmeantrag Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin**  Geschäftsstelle/ c/o Corinna Grünke  Robert-Koch-Platz 7  10115 Berlin | | | | | | |  | | | |
| Titel | | | Nachname | | | | | | | |
| Vorname | | | | | | | geb. am | | | |
| **Tätigkeit/Funktion:** | Direktorin  Direktor | | | | Leitende Ärztin/Chefärztin  Leitender Arzt/Chefarzt | | | | | Niedergelassene Ärztin  Niedergelassener Arzt |
| Oberärztin  Oberarzt | | | | Assistentin  Assistent | | | | | im Ruhestand  **€30** |
| **Jahresmitgliedsbeitrag:** | **€ 80 Chefärztin/Chefarzt € 100** | | | | | | | | |  |
| Adresse für Programmversand – nur per Mail / dienstliche Mailadresse private Mailadresse | | | | | | | | | | |
| Dienstanschrift | | | | | | | | | | |
| Tel.-Nr. | | | | | | Fax.-Nr. | | | | |
| Email-Adresse: | | | | | | | | | | |
| Privatanschrift | | | | | | | | | | |
| Tel.-Nr. | | | | | | Fax.-Nr. | | | | |
| Email-Adresse: | | | | | | | | | | |
| **Ich bitte um Aufnahme als Mitglied**  **der Gesellschaft für Gynäkologie**  **und Geburtshilfe in Berlin.** | | | | | | Datum, Unterschrift | | | | |
| Bei Nichtteilnahme am Bankeinzugsverfahren werden aufgrund zusätzlicher Bearbeitungsgebühren Sonderkosten von € 10 berechnet.  **Ermächtigung zum Bankeinzugsverfahren** | | | | | | | | | | |
| Bank | | IBAN | | | | | | BIC | | |
| Ich ermächtige die Schatzmeisterin der Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in Berlin, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen bis auf Widerruf bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Änderungen meiner persönlichen Daten teile ich zeitnah der Geschäftsstelle mit | | | | | | | | | | |
| Mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung dieser Daten gem. BDSG im Rahmen der satzungsmäßigen Aufgaben der GGGB bin ich einverstanden. | | | | Datum | | | | | Unterschrift | |