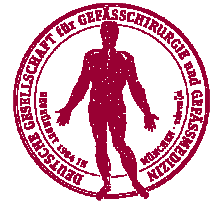


DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄßMEDIZIN E.V.

Gesellschaft für operative, endovaskuläre und präventive Gefäßmedizin e.V.

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

(bitte Maschinenschrift)



Titel, Name Vorname

Geburtsdatum Geburtsort Nationalität

Facharzt (Ja / Nein) Facharzt ab:

Funktion (Assistenzarzt / Oberarzt / Leitender Oberarzt / Chefarzt / Andere)

Dienstanschrift

Klinikname und Abteilung

Straße

PLZ / Ort

Email Telefon Fax

Private Anschrift

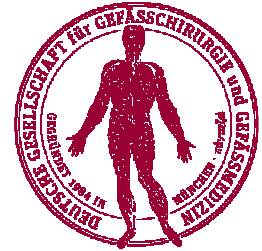
Straße

PLZ / Ort

Email Telefon Fax

Ort, Datum

Unterschrift des Antragsteller



An die

Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie
und Gefäßmedizin
Gesellschaft für operative, endovaskuläre und
präventive Gefäßmedizin e.V.
Luisenstraße 58-59

10117 Berlin

Oder per Fax an: 030- 2800 4399

Ermächtigung zum Beitragseinzug mittels Bankeinzug

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie e.V., die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Bankeinzug einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Bankeinzugverfahren nicht vorgenommen.

Name und genaue Anschrift des Zahlungspflichtigen:

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Name der Bank: _____

Kontonummer: _____

BLZ: _____

Kontoinhaber: _____

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift