

Antrag auf Mitgliedschaft

Ärztliches Mitglied Nichtärztliches Mitglied

Name, Vorname, Titel _____

Geburtsdatum _____

Arzt für: _____

Teilgebietsbezeichnung: _____

Zusatzbezeichnung: _____

Assistenzarzt ja nein

wenn ja, angestrebte Fachrichtung _____

Mitglied im Berufsverband der Phlebologen ja nein

Anschrift _____

Telefon _____

Fax _____

Privatanschrift _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

Tätigkeitsmerkmale

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Phlebologie
- Venenchirurgie
- Angiologie
- Gefäßchirurgie
- Proktologie
- Lymphologie
- Angioradiologie

- Stationäre Tätigkeit
- Ambulante Tätigkeit
- Gutachtertätigkeit

- Kassenzulassung
- Privatärztliche Tätigkeit

Der Mitgliedsbeitrag
beträgt EUR 96,00 pro Jahr
inkl. Bezug der Zeitschrift
„Phlebologie“ (Schattauer Verlag)

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich / wir die Deutsche Gesellschaft für Phlebologie widerruflich, fällige Rechnungen aus meiner Mitgliedschaft zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Bankverbindung:

Bank _____ Kontoinhaber (falls abweichend) _____

IBAN _____ SWIFT/BIC-Code _____

Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweisen sollte, besteht seitens der kontoführenden Bank keine Verpflichtung zur Einlösung.

Datum, Unterschrift _____

Datum, Unterschrift _____

Bitte senden an:
Deutsche Gesellschaft für Phlebologie
Frau Anja Pielhau, c/o Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn