

Aufnahmeantrag

zur Aufnahme in die Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin e.V.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin e.V.

Der Mitgliedsbeitrag für die Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin e.V. beträgt 65,00 EUR/Jahr und wird per Lastschrift von der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) abgebucht. Eine Reduzierung des Beitrags auf 22 €/Jahr ist auf Antrag möglich, wenn der Verdienst unter 3.000 €/Monat liegt.

Die Mitgliederdaten unterliegen dem Datenschutz und werden ausschließlich für Zwecke der Mitgliederdatenverwaltung und Mitgliederbetreuung genutzt. Die GHA e.V. gibt keine personenbezogenen Daten seiner Mitglieder an andere Unternehmen für Werbemaßnahmen weiter. Soweit Sie eine E-Mail-Adresse angeben, wird die vereinsinterne Kommunikation, soweit möglich, elektronisch ausgeführt.

Hinweise zur Verarbeitung Ihrer Angaben und Widerspruchsrechte:
<http://www.gha-info.de/datenschutzerklaerung>

Name, Vorname

Adresse

PLZ Ort

Telefon

Fax

E-Mail

URL

Geburtsdatum

Geburtsort

Staatsexamen (Jahr)

Approbation (Jahr)

Promotion (Jahr)

Dissertationsthema

Seite 2 zum Aufnahmeantrag von:

Facharztanerkennung (Jahr)

Jahr der Niederlassung

Allgemeinmedizinische
Tätigkeit (z.B. Praxis, -
mitarbeit, Vertragsarzt-
tätigkeit)

Professur

Akademische Lehrpraxis

Lehrauftrag für Allgemeinmedizin

Mittelbau/WBA

seit wann?

Anbindung an welche Uni(s)?

Besondere Interessen /
Interessenschwerpunkt

Mitgliedschaften

DEGAM-Mitglied?

ja falls ja: Mitgliedsnummer

nein falls nein: Ich bitte gleichzeitig um die Aufnahme in die DEGAM

Bankeinzugsermächtigung

Ich ermächtige die DEGAM, die Zahlungen im Rahmen meiner Mitgliedschaft von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DEGAM auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bank

IBAN

SWIFT-BIC

Datum

Dieses Formular mit "Speichern unter" abspeichern und per E-Mail an: stephanie.freitag@uniklinik-freiburg.de oder per Post an: GHA e.V., z.Hd. Frau Streitlein-Böhme, Elsässer Str. 2m, 79110 Freiburg
