

## ***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 angegeben haben, 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: [info@gha-info.de](mailto:info@gha-info.de)  
oder per Post an: GHA e.V., z.Hd. Frau Streitlein-Böhme,  
Elsässer Str. 2m, 79110 Freiburg

---