

Aufnahmeantrag

Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V. (D.A.F.)

Sektion der DGOOC / DGU / DGOU
German Orthopedic Foot and Ankle Society

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Geburtsdatum: _____ Gebiets- und Teilgebietbezeichnung: _____

Bestehende Mitgliedschaft(en) DGOOC DGU DGOU _____ anderes

Die Mitgliedschaft in einer dieser Fachgesellschaften - bei ausländischen Bewerbern der jeweiligen nationalen Fachgesellschaft - ist satzungsgemäß für Fachärzte Voraussetzung für die Aufnahme in die D.A.F. Nachweis bitte beilegen.

Klinik-/Praxis-/Institutsadresse bitte als Korrespondenzadresse / Veröffentlichung auf der Webseite nutzen

Position: _____ Klinik: _____

Plz-Ort: _____ Straße: _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Privatadresse bitte als Korrespondenzadresse / Veröffentlichung auf der Webseite nutzen

Plz-Ort: _____ Straße: _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Hiermit stelle ich den Antrag auf Mitgliedschaft in der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk.
Die Satzung der D.A.F. erkenne ich an und erkläre mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten
in das Mitgliederverzeichnis aufgenommen und bei Bedarf versandt werden.

Mit einer Veröffentlichung meiner Daten auf der
Webseite der D.A.F. bin ich einverstanden: ja nein

Ich wünsche folgenden Jahresbeitrag:

- Euro 170,- Wohnort/Arbeitstelle in Deutschland Euro 80,- Wohnort/Arbeitstelle nicht in Deutschland
 Euro 140,- * (Assistenzärzte/Innen in Weiterbildung, Pensionäre, Elternzeit, Bezug von „Foot & Ankle Surgery“ nur online)

* dieser setzt zwingend eine entsprechende Bescheinigung voraus, welche jedes Jahr bis zum 31.03. vorliegen muss

Ort _____

Datum _____

Unterschrift des Antragstellers



SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige die D.A.F., Gläubiger-Identifikationsnummer: DE25ZZZ00000107965, den Jahresbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der D.A.F. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Der Mitgliedsbeitrag wird in den ersten drei Monaten des laufenden Jahres eingezogen.

Kontoführendes Institut (Name und BIC)

DE _____ IBAN _____

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Über die Neuaufnahme entscheidet der Vorstand. Sie werden vom Sekretariat angeschrieben.

Den ausgefüllten und unterschriebenen Aufnahmeantrag senden Sie bitte an: sekretariat@daf-online.de