



Beitrittserklärung

Akademie Boppard
Obere Rheingasse 3
D-56154 Boppard
Tel. 06742 8001-0
Fax 06742 8001-27
kontakt@dgmsm.de
www.dgmsm.de

Hierdurch erkläre ich zum 01. meinen Beitritt zur
Deutschen Gesellschaft für Muskuloskeletale Medizin (DGMSM) e. V. – Akademie Boppard.

Ich habe von der Satzung Kenntnis genommen und erkenne die Satzung des Vereins sowie die Beschlüsse seiner Organe als für mich verbindlich an.

_____, den _____

Unterschrift

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Gesellschaft für Muskuloskeletale Medizin (DGMSM) e. V. – Akademie Boppard die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bis auf Widerruf bei jeweiliger Fälligkeit zu Lasten meines

Kontos Nr. _____

bei der _____

BLZ _____

mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Stempel:

Datum Unterschrift

Bitte Rückseite unbedingt vollständig ausfüllen!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen **vollständig** und **deutlich lesbar aus**.

Akad. Grad: _____

DGMSM-Nr. _____
(wird von DGMSM eingetragen)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Approbationsdatum: _____

Privatanschrift:

PLZ: _____ Ort: _____ Straße: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-Mail: _____ Kreis/Land: _____

Dienstanschrift: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Straße: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-Mail: _____ Kreis/Land: _____

An welche Anschrift wünschen Sie unsere Zuschriften und die Zeitschrift?

privat: dienstlich:

Fachgruppe: _____

Art der Berufsausübung (mögl. genaue Angaben - z. B. Allgemeinarzt, Facharzt und Fachrichtung, niedergelassener Arzt, Chefarzt, ltd. Krankenhausarzt, angestellter Arzt, beamteter Arzt, Werksarzt usw.)

Assistenzärzte bitte unbedingt einen Nachweis des Arbeitgebers beifügen!

Bitte teilen Sie uns alle Änderungen jeweils rechtzeitig mit (Pos., Adresse, berufl. Tätigkeit, Bankverbindung)!