



## Antrag zur Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Senologie e. V.

Senden Sie bitte Ihren Aufnahmeantrag, unterschrieben von zwei ordentlichen Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Senologie, oder aber unter Beifügung Ihres Curriculum vitae, an die **Deutsche Gesellschaft für Senologie, Geschäftsstelle, Hohenzollerndamm 125, 14199 Berlin**,  
Tel.: +49 (0) 30 / 8 50 74 74-0, Fax: +49 (0) 30 / 85 07 98 27,  
E-Mail: mail@senologie.org, Internet: www.senologie.org

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_  
**geb. am:** \_\_\_\_\_ **Titel:** \_\_\_\_\_  
**Beruf:** \_\_\_\_\_ **Position:** \_\_\_\_\_

### Dienstanschrift

Institution: \_\_\_\_\_  
Straße/Postfach: \_\_\_\_\_  
Land/PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### Privatanschrift

Adresse: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

- **Korrespondenz an**                       **Dienstanschrift**     **Privatanschrift**
- **Fachdisziplin** (Bitte ankreuzen!)
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie                | <input type="checkbox"/> Diagnostische Radiologie                   |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologie/Geburtshilfe | <input type="checkbox"/> Innere Medizin                             |
| <input type="checkbox"/> Pathologie               | <input type="checkbox"/> Plastische und Wiederherstellungschirurgie |
| <input type="checkbox"/> Radioonkologie           | <input type="checkbox"/> Sonstige                                   |
- **Abgeschlossenes Hochschulstudium:**     ja                       nein

Der festgesetzte jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt € 52, für Bewohner der neuen Bundesländer € 39 und für Assistenten in der Facharztausbildung € 20.

Assistent in der Facharztausbildung seit: \_\_\_\_\_ Ende (vorauss.): \_\_\_\_\_

### ➤ Zahlungsweise:

Einzugsverfahren: Bankverbindung: \_\_\_\_\_

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Überweisung (an die Deutsche Gesellschaft für Senologie):  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank Mainz, Kto.-Nr. 0 004 147 634, BLZ: 550 608 31

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Curriculum vitae

1. Bürge: \_\_\_\_\_

2. Bürge: \_\_\_\_\_