



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 das

**Haus der DGGG und Arbeitsgemeinschaften
Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V., Geschäftsstelle
Hausvogteiplatz 12, 10117 Berlin**

Tel.: +49 (0)30 - 514 88 33 45 , Fax: +49 (0)30 - 51 48 83 44

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 € 60 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: _____