



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, Postfach 30 42 49, D-10757 Berlin**,
Tel.: +49 (0) 30 – 850 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, Konto-Nr. 000 414 76 34, BLZ: 550 608 31

Datum: _____ Unterschrift: _____

Curriculum vitae

1. Bürge: _____

2. Bürge: _____