

AUFNAHMEANTRAG

Frau Herr

Titel, Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Klinik, Institution und Position

Klinik-/Dienstanschrift:

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Privatanschrift: Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Bitte senden Sie mir Informationen an meine Dienstadresse E-Mail dienstlich Privatadresse E-Mail privat

Ja, bitte senden Sie mir den NOGGO-Newsletter bis auf
Widerruf ebenfalls zu.

Die Mitgliedsbeiträge betragen pro Jahr:

- Chefärztin/Chefarzt 50,00€ Ärztin/Arzt 30,00€
 Oberärztin/Oberarzt 40,00€ Sonstige 30,00€
 niedergelass. Ärztin/Arzt 50,00€ Studierende frei

NOGGO e. V.
Nord-Ostdeutsche Gesellschaft
für Gynäkologische Onkologie e. V.
c/o Charité – Universitätsmedizin Berlin
Campus Virchow-Klinikum
Klinik für Gynäkologie
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Ermächtigung zum Bankeinzugsverfahren:

Bei Nichtteilnahme am Bankeinzugsverfahren müssen wir eine
zusätzliche Bearbeitungsgebühr in Höhe von 10,00€ berechnen.

Hiermit bevollmächtige ich den Schatzmeister der Nord-Ost-
deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Onkologie e. V.
(NOGGO), die von mir zu entrichtende Beitragszahlung bis auf
Widerruf bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen.

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied in der Nord-
Ostdeutschen Gesellschaft für Gynäkologische Onkologie e. V.
(NOGGO). Mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung
dieser Daten gem. BDSG im Rahmen der satzungsmäßigen
Aufgaben der NOGGO e. V. bin ich ausdrücklich einverstanden.

Datum

Unterschrift

SPEICHERN Sie das ausgefüllte Formular zunächst auf Ihrem Com-
puter und senden Sie es uns dann per Fax oder als E-Mail-Anhang.