

Frau Herr

FAX-NUMMER 030 / 450 564 977

AUFNAHMEANTRAG

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 50,00 € Sonstige 30,00 €
 niedergelass. Ärztin/Arzt 50,00 € Studierende frei

NOGGO e. V.
Nord-Ostdeutsche Gesellschaft
für Gynäkologische Onkologie e. V.
c/o Charité Campus Virchow-Klinikum
Frauenklinik
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-Ostdeutschen Gesellschaft für Gynäkologische Onkologie e. V. (NOGGO), die von mir zu entrichtende Beitragszahlung bis auf Widerruf bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen.

Konto-Inhaberin/Inhaber

Konto-Nr.

Bankleitzahl

Bank

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 Computer und senden Sie es uns dann per Fax oder als E-Mail-Anhang.