

# Antrag auf Mitgliedschaft in der DGRh



An die  
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.  
Geschäftsstelle  
Wilhelmine-Gemberg-Weg 6, Aufgang C  
10179 Berlin

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh).  
Mit der Speicherung nachfolgender Daten für interne Zwecke bin ich einverstanden.

Personendaten	
- Anrede*	Frau/Herr
- Titel*	
- Name*	
- Vorname*	
- Geburtsdatum (tt.mm.jjjj) *	
- Korrespondenzsprache	
- niedergelassen	<input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> nein
- Facharzt für	
- Schwerpunkt	
- Facharzt abgeschlossen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    (Nachweise bitte in Kopie beifügen)
- Fortbildungsnummer**	
- zuständige Ärztekammer**	
Dienstanschrift	
- Funktion	
- Einrichtung 1 (Klinik/Praxis)	
- Einrichtung 2 (Abteilung)	
- Strasse	
- PLZ	
- Ort	
- Land / Bundesland	
- Telefon	
- Fax	
- Mobiltelefon	
- e-Mail	
- Internet	
Privatanschrift	
- Strasse*	
- PLZ*	
- Ort*	
- Land / Bundesland*	
- Telefon	
- Fax	
- Mobiltelefon	
- E-Mail*	

\* - Pflichtfeld; \*\* - zur erleichterten Bescheinigung von CME-Fortbildungspunkten bei Kongressen und Veranstaltungen

# Antrag auf Mitgliedschaft in der DGRh

Seite 2



Adressdatenfreigabe	
- für Mitglieder*	<input type="checkbox"/> dienstl. <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> beide <input type="checkbox"/> keine
- für Schwesterorganisationen*	<input type="checkbox"/> dienstl. <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> beide <input type="checkbox"/> keine
- für übergeordnete Verbände*	<input type="checkbox"/> dienstl. <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> beide <input type="checkbox"/> keine
- für Veranstalter*	<input type="checkbox"/> dienstl. <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> beide <input type="checkbox"/> keine
- für Industrie*	<input type="checkbox"/> dienstl. <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> beide <input type="checkbox"/> keine
Adressierung	
- Schriftwechsel allgemein*	<input type="checkbox"/> dienstl. <input type="checkbox"/> privat
- Beitragsabruf / Rechnung*	<input type="checkbox"/> dienstl. <input type="checkbox"/> privat
- Zeitschrift für Rheumatologie*	<input type="checkbox"/> dienstl. <input type="checkbox"/> privat
Beitrag	
- Aufnahmebonus für Ärzte in Weiterbildung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (reduzierter Beitrag von je 50€ während der Weiterbildung) <b>Bitte Nachweis/Bestätigung über Weiterbildung mit Datum von ... bis ... beifügen!</b>
- Zahlungsart / Beitrag*	<input type="checkbox"/> per Banküberweisung (210,-€) <input type="checkbox"/> per Lastschriftinzugsverfahren (200,-€)

\* - Pflichtfeld

## SEPA-Lastschriftmandat

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V., Köpenicker Str. 48-49 in 10179 Berlin, den jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem nachfolgenden Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontodaten:    IBAN: \_\_\_\_\_    BIC/SWIFT: \_\_\_\_\_

Gläubiger-Identifikationsnummer der DGRh: DE18ZZZ00000568356

## Übernahme der Bürgschaft

Satzungsgemäß muss der Aufnahmeantrag von 2 Bürgen, die bereits Mitglied der DGRh sind, unterstützt werden.

1. Bürge	2. Bürge
Name/Anschrift oder Stempel:	Name/Anschrift oder Stempel:
Unterschrift:	Unterschrift:
Name in Druckbuchstaben:	Name in Druckbuchstaben:

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller