

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der „Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V.“.

Beitrag: 250 € / jährlich für ordentliche Mitglieder; 100 € / jährlich für außerordentliche Mitglieder.

Ich bin niedergelassene(r) Ärztin/Arzt: mit eigener Praxis: JA () in Gemeinschaftspraxis: JA ()
Fachrichtung:

Ich bin als ermächtigte(r) Ärztin/Arzt unternehmerisch tätig und nicht weisungsgebunden: JA ()
(bitte Ermächtigungsurkunde in Kopie beifügen)
Fachrichtung:

Ich bin angestellte(r) Ärztin/Arzt im MVZ: JA () Ich bin kein(e) niedergelassene(r) Ärztin/Arzt, sondern:
Fachrichtung:

Ich stelle einen Antrag auf Ermäßigung des Beitrages: JA ()

Begründung:

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist jederzeit durch formlose schriftliche Mitteilung an den Vorstand, Adresse der Geschäftsstelle, möglich.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Adresse zu konsiliarischen Zwecken an andere niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser im Falle von Anfragen weitergegeben wird. Ich bin ferner damit einverstanden, dass meine Adresse an Institutionen, die wissenschaftliche Studien oder Informationsveranstaltungen zur HIV/AIDS-Problematik durchführen, weitergegeben wird.

JA ()

Nein ()

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Email: _____

Datum, Unterschrift: _____

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die „Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V.“ bis auf Widerruf, meinen Mitgliedsbeitrag jährlich einzuziehen.

(Hinweis: Ein Widerruf der Einzugsermächtigung ist jederzeit möglich! Mit Auflösung der Mitgliedschaft erlischt auch die Einzugsermächtigung.)

Bank/Sparkasse/Postgiroamt	Bankleitzahl
Kontonummer:	Name, Vorname:
Ort, Datum:	Unterschrift:

Geschäftsstelle
Geschäftsführer: Kai-Uwe Merkenich
Perleberger Straße 27 • 10559 Berlin
Tel.: 030.39801930 • Fax: 030.398019320
E-Mail: verein@dagnae.de
www.dagnae.de

Vorstand
Dr. med. Hans Jäger, München
Dr. med. Stephan Klauke, Frankfurt
Dr. med. Christoph Mayr, Berlin
Dr. med. Carl Knud Schewe, Hamburg
Dr. med. Susanne Usadel, Freiburg

Bankverbindung
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
BLZ: 300 606 01 • Konto-Nr.: 3131076
IBAN: DE35 3006 0601 0003 1310 76
BIC: DAAEDED3
Steuer-Nr.: 27/663/60851