

Antrag auf Mitgliedschaft

- Hiermit beantrage ich die ordentliche Mitgliedschaft (Jahresbeitrag 250 €)
 Fördermitgliedschaft (Jahresbeitrag ab 100 €, kein Stimmrecht)

in der „**Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V.**“

- Ich bin niedergelassene(r) Ärztin/Arzt / mit eigener Praxis / in Gemeinschaftspraxis / im MVZ
- Ich bin angestellte(r) Ärztin/Arzt im MVZ /
- Ich bin Klinik-Ärztin/Arzt / per Ermächtigung

Fachrichtung:.....**Zusatzqualifikation/Weiterbildung:**.....

Ich gehöre einer anderen Berufsgruppe an:

Name:

Anschrift:

Telefon: Fax:.....

Email:

Datum, Unterschrift:

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

Ich stelle einen Antrag auf Ermäßigung des Beitrages. Begründung:

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:	BIC:
IBAN:	Name, Vorname:
Ort, Datum:	Unterschrift:

Geschäftsstelle.....
Geschäftsführer: Robin Rüsenberg
Nürnberger Str. 16 • 10789 Berlin
Tel.: 030.39801930 • Fax: 030.398019320
E-Mail: verein@dagnae.de
www.dagnae.de

Vorstand.....
Dr. med. Carl Knud Schewe, Hamburg | **Sprecher**
Dr. med. Axel Baumgarten, Berlin
Dr. med. Stefan Christensen, Münster
Dr. med. Stefan Fenske, 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: DAAEDEDXXX
Steuer-Nr.: 27/663/60851