

Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) e.V.

in der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) e.V.



BEITRITTSERKLÄRUNG

zur

Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) e. V.

in der

Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) e. V.

ALS ORDENTLICHES MITGLIED

Name: _____

Vorname: _____

Titel: _____

Geboren am: _____

Praxisanschrift: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

Email: _____

Privatanschrift: _____

Abschluss des Studiums in: _____

Jahr der Niederlassung: _____

Facharzt für Allgemeinmedizin: Ja / Nein

Andere Berufsbezeichnung: _____

Ich erkläre hiermit rechtsverbindlich meinen Beitritt und ermächtige Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden Beitrag von 125,00 € jährlich (Ärzte in Weiterbildung 80,- €) zu Lasten meines Girokontos mit Lastschrifteinzug einzuziehen.

Die Satzung in der Fassung vom 11. Juni 2004 habe ich zur Kenntnis genommen.

Girokonto - Nr.: _____

Bankleitzahl: _____

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

(wenn vom Antragsteller abweichend) _____

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Kontoinhaber
(wenn vom Antragsteller abweichend)

Bitte faxen Sie Ihre Beitrittserklärung an 03722 - 84432 oder schicken Sie diese an:
Geschäftsstelle der SGAM, Obere Hauptstraße 1, 09241 Mühlau