



## Aufnahmeantrag

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_

Adresse privat: \_\_\_\_\_

Adresse Praxis: \_\_\_\_\_

Telefon Praxis: \_\_\_\_\_ Telefon privat: \_\_\_\_\_

Telefax Praxis: \_\_\_\_\_ Telefax privat: \_\_\_\_\_

Email Adresse Praxis: \_\_\_\_\_ Email Adresse privat: \_\_\_\_\_

Web-Seite: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Staatsexamen (Datum): \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Approbation (Datum): \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Promotion (Datum): \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Habilitation (Datum): \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Ich besitze die Facharztanerkennung Dermatologie seit: \_\_\_\_\_

Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Ich besitze die Teilgebietsbezeichnung: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Erfahrungen auf dem Gebiet der dermatologischen Lasertherapie (evtl. Zusatzblatt): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Stempel, Unterschrift: \_\_\_\_\_

DEUTSCHE DERMATOLOGISCHE LASERGESELLSCHAFT E. V.

Sitz der Gesellschaft: München, Vereinsregister 15686  
Sekretariat: Industriestraße 11, 27211 Bassum

Präsident: Dr. med. Nikolaus Seeber, Hamburg  
1. Vizepräsident: Prof. Dr. med. Peter Arne Gerber, Düsseldorf  
2. Vizepräsident: Dr. med. Konstantin Feise, Stuttgart



**Mit der elektronischen Speicherung meiner Daten bin ich einverstanden.**

Ort, Datum:

Stempel, Unterschrift:

---

### **Erklärung der Bürgen**

Die Bürgen befürworten die Aufnahme in die Gesellschaft.

Bürge 1:

Bürge 2:

---

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift

DEUTSCHE DERMATOLOGISCHE LASERGESELLSCHAFT E. V.



**Fax: 030 – 740 744 755 oder  
per Email an: info@ddl.de**

DDL Geschäftsstelle  
Industriestraße 11  
27211 Bassum  
01805 - 31 32 46  
info@ddl.de  
www.ddl.de

### **Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift**

Hiermit ermächtige(n) wir/ich die Deutsche Dermatologische Lasergesellschaft e.V. widerruflich, die von mir/uns zu entrichteten Zahlungen bei deren Fälligkeit von der unten genannten Bankverbindung einzuziehen. Uns/mir ist bekannt, dass im Falle von Rücklastschriften die Gebühren für diese Rücklastschrift zu unseren/meinen Kosten fallen.

#### **Mitglied:**

Name: \_\_\_\_\_

Praxis/Firma: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

#### **Bankverbindung:**

Konto-Inhaber: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

SWIFT (BIC): \_\_\_\_\_

Wenn unser/mein Konto die notwendige Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Institutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Etwaige Änderungen an unserer/meiner Bankverbindung werden umgehend der Deutschen Dermatologischen Lasergesellschaft e.V. bekannt gegeben und geändert.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber

DEUTSCHE DERMATOLOGISCHE LASERGESELLSCHAFT E.V.