

AUFNAHMEANTRAG

NAME _____

VORNAME _____ **TITEL** _____

GEBURTSDATUM _____ **STAATSANGEHÖRIGKEIT** _____

ADRESSE (PRIVAT) _____

E-MAIL (PRIVAT) _____

TELEFON (PRIVAT) _____ **TELEFAX (PRIVAT)** _____

ADRESSE (PRAXIS) _____

E-MAIL (PRAXIS) _____

TELEFON (PRAXIS) _____ **TELEFAX (PRAXIS)** _____

WEBSITE _____

STAATSEXAMEN (DATUM) _____ **ORT** _____

APPROBATION (DATUM) _____ **ORT** _____

PROMOTION (DATUM) _____ **ORT** _____

HABILITATION (DATUM) _____ **ORT** _____

FACHARZTANERKENNUNG DERMATOLOGIE SEIT _____

ZUSATZBEZEICHNUNG _____ **SEIT** _____

TEILGEBIETSBEZEICHNUNG _____ **SEIT** _____

ERFAHRUNGEN IN DERMATOLOGISCHER LASERTHERAPIE (GGF. ZUSATZBLATT)

ORT, DATUM _____ **STEMPEL, UNTERSCHRIFT** _____

DEUTSCHE DERMATOLOGISCHE LASERGESELLSCHAFT E. V.

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mit der elektronischen Speicherung und Weiterverarbeitung meiner Daten im Rahmen der Mitgliedschaft bei der Deutschen Dermatologischen Lasergesellschaft einverstanden bin.

ORT, DATUM

STEMPEL, UNTERSCHRIFT

BÜRGSCHAFT

Die Bürgen befürworten die Aufnahme in die Gesellschaft:

Bürge 1

Bürge 2

NAME: _____

NAME: _____

ORT: _____

ORT: _____

DATUM: _____

DATUM: _____

STEMPEL: _____

STEMPEL: _____

UNTERSCHRIFT: _____

UNTERSCHRIFT: _____

DEUTSCHE DERMATOLOGISCHE LASERGESELLSCHAFT E. V.

Sitz der Gesellschaft: München, Vereinsregister 15686

Sekretariat: Zwieselstraße 15, 83395 Freilassing

Bankverbindung:

DE73 6607 0024 0012 6003 00 – Deutsche Bank, Karlsruhe

Präsident: Dr. Nikolaus Seeber, Hamburg

1. Vizepräsidentin: Dr. Katharina Herberger, Hamburg

2. Vizepräsident: Dr. Matthias Bonczkowitz, Kelkheim

Steuernummer: 143/212/60013

Fax: 08654 – 77 88 672
oder
E-Mail: info@ddl-kongress.de



EINZUGSERMÄCHTIGUNG SEPA - LASTSCHRIFTMANDAT

Unsere Gläubiger-ID lautet: **DE55ZZZ00001352420**

Mandatsreferenz _____
(wird von der DDL e.V. ausgefüllt)

Hiermit ermächtige(n) wir/ich die Deutsche Dermatologische Laser-gesellschaft e.V. (DDL e.V.) widerruflich, die von mir/uns zu entrichteten Zahlungen bei deren Fälligkeit von der unten genannten Bankverbindung mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DDL e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Uns/mir ist bekannt, dass im Falle von Rücklastschriften die Gebühren für diese Rücklastschrift zu unseren/meinen Kosten fallen.

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.

NAME _____

PRAXIS/FIRMA _____

STRASSE _____

PLZ _____ ORT _____

BANKVERBINDUNG

KONTOINHABER _____

KREDITINSTITUT _____

IBAN _____

BIC _____

DDL Geschäftsstelle

Zwieselstraße 15

83395 Freilassing

T 08654 – 77 93 871

F 08654 – 77 88 672

info@ddl-kongress.de

www.ddl.de

DEUTSCHE DERMATOLOGISCHE LASERGESELLSCHAFT E. V.

Sitz der Gesellschaft: München, Vereinsregister 15686

Sekretariat: Zwieselstraße 15, 83395 Freilassing

Bankverbindung:

DE73 6607 0024 0012 6003 00 – Deutsche Bank, Karlsruhe

Präsident: Dr. Nikolaus Seeber, Hamburg

1. Vizepräsidentin: Dr. Katharina Herberger, Hamburg

2. Vizepräsident: Dr. Matthias Bonczkowitz, Kelkheim

Steuernummer: 143/212/60013