

Antrag bitte mit Anlagen per Post oder per E-mail (sekretaer@dgnc.de) senden.

Herrn
Prof. Dr. med. Veit Braun
– Sekretär –
Ev. Jung-Stilling-Krankenhaus
Neurochirurgische Abteilung
Wichernstraße 40
57074 Siegen



Geschäftsstelle der
Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie
Carl-Pulfrich-Str. 1
07745 Jena

Telefon: +49 (0)3641 31 16-460
Telefax: +49 (0)3641 31 16-243
E-Mail: gs@dgnc.de
Internet: www.dgnc.de

Antrag auf Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie e.V. (DGNC)

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen als Anlage beizufügen:

Außerordentliche Mitgliedschaft: Lebenslauf, 2 Bürgschaften (Originale), Approbationsurkunde (Kopie)
Ordentliche Mitgliedschaft: Lebenslauf, 2 Bürgschaften (Originale), Approbationsurkunde (Kopie), Facharztanerkennung (Kopie)
(fakultativ: Promotions- und Habilitationsurkunde)

Persönliche Daten

Frau <input type="checkbox"/>	Herr <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum	Titel
Vorname		Nachname	
Staatsexamen am		Approbation am	
Promotion am		Facharztanerkennung am	

Tätigkeit / Funktion

<input type="checkbox"/> Leitender Arzt
<input type="checkbox"/> Oberarzt
<input type="checkbox"/> Assistenzarzt
<input type="checkbox"/> niedergelassener Arzt
<input type="checkbox"/> andere _____

Anschrift dienstlich

Einrichtung / Universität / Klinik
Abteilung
Straße, Nr.
PLZ, Ort
Telefon / Fax
E-Mail

Anschrift privat

Straße, Nr.
PLZ, Ort
Telefon / Fax
E-Mail

Korrespondenzanschrift

<input type="checkbox"/> dienstlich	<input type="checkbox"/> privat
-------------------------------------	---------------------------------

Beantragung

Hiermit beantrage ich die ordentliche Mitgliedschaft bzw. außerordentliche Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie e.V. (DGNC). Über die Satzung und Geschäftsordnung der DGNC habe ich mich informiert.

Namen der Bürgen: 1. _____ 2. _____
Schriftliche, formlose Stellungnahme der Bürgen ist erforderlich (separat beizulegen).

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI).
Der Jahresbeitrag beträgt 50 €. *(Die Mitgliedschaftsbestätigung erfolgt separat direkt durch die DGNI.)*

Ja Nein ich verpflichte mich, für mindestens 2 Jahre Mitglied der DGNI zu bleiben, in diesem Fall reduziert sich der Mitgliedsbeitrag der DGNC im 1. Jahr um 30 €.

Ermächtigung zum Bankeinzugsverfahren (SEPA-Lastschrift)

Ich ermächtige den Schatzmeister der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie, die von mir zu entrichtende jährliche Beitragszahlung bis auf Widerruf bei Fälligkeit zu Lasten folgenden Kontos einzuziehen. Diese Einzugsermächtigung gilt auch für die Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin, wenn die Mitgliedschaft auf diesem Formular beantragt wurde.

IBAN _____ BIC _____ Bank _____

Datum, Ort

Unterschrift