

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 AUSSERORDENTLICHES MITGLIED/STUDENT

Name: _____
Vorname: _____
Titel: _____
Geboren am: _____
Anschrift: _____

Telefon: _____
Telefax: _____
Email-Adresse _____
Aktuelles Semester _____
Studienort: _____
Voraussichtlicher Abschluss (Jahr): _____
Hochschulabschluss in (wenn nicht
Humanmedizin) _____
Andere Berufsbezeichnung: _____

Ich erkläre hiermit rechtsverbindlich meinen Beitritt und ermächtige Sie widerruflich, den von mir (laut aktualisierter Beitragsordnung vom 10.06.2017) zu entrichtenden Beitrag von für Studierende einmalig 10,00 €, für andere außerordentliche Mitglieder jährlich 80,- € zu Lasten meines Girokontos mit Lastschriftinzug einzuziehen.
Die aktuelle Satzung habe ich zur Kenntnis genommen.

IBAN.: _____
BIC: _____
Kreditinstitut: _____
Kontoinhaber: _____
(wenn vom Antragsteller
abweichend) _____

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Bitte faxen Sie Ihre Beitrittserklärung an 03733 - 23533 oder schicken Sie diese an:
SGAM Geschäftsstelle, Am Michaelisstollen 2, 09456 Annaberg Buchholz