

# 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: .....

Facharzt für Allgemeinmedizin: Ja / Nein .....

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 150,00 € jährlich

(Ärzte in Weiterbildung 90,- €, wissenschaftliche Mitarbeiter 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

Unterschrift Kontoinhaber  
(wenn vom Antragsteller abweichend)

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