

Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) e.V.

in der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) e.V.



Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) e.V.

Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus
der Technischen Universität Dresden
Bereich Allgemeinmedizin
01304 Dresden

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: _____
Email: _____
Semester: _____
Studienort: _____

Ich erkläre hiermit rechtsverbindlich meinen Beitritt und ermächtige Sie widerruflich, den von mir laut Beitragsordnung 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.

Bitte schicken Sie Ihren unterzeichneten Aufnahmeantrag per E-Mail an: gs@sgam.de
oder per Post an:

Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) e.V.
Technische Universität Dresden – Bereich Allgemeinmedizin
01304 Dresden

Tel: +49 1515 7350906

Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) e.V.

in der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) e.V.

IBAN:

BIC:

Kreditinstitut:

Kontoinhaber:

(wenn vom Antragsteller
abweichend)

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Bitte schicken Sie Ihren unterzeichneten Aufnahmeantrag per E-Mail an: gs@sgam.de
oder per Post an:

Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) e.V.
Technische Universität Dresden – Bereich Allgemeinmedizin
01304 Dresden

Tel: +49 1515 7350906