

# 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](mailto:gs@sgam.de)  
oder per Post an:

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

Tel: +49 (351) 458 3687

# 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](mailto:gs@sgam.de)  
oder per Post an:

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

Tel: +49 (351) 458 3687