



Deutscher Facharztverband e.V. – Fichtestr. 4/1 – 89129 Langenau

Tel.: 07345-9336785 – Fax: 07345-9336786

info@deutscher-facharztverband.de – www.deutscher-facharztverband.de

Aufnahmeantrag (Bitte in Blockschrift ausfüllen.)

Ordentliche Mitgliedschaft im DFV:
Ich bin Facharzt/Fachärztin für _____,
Fachrichtung _____,
und möchte dem Deutschen Facharztverband e.V. als ordentliches Mitglied beitreten.
(Der Jahresmitgliedsbeitrag liegt zurzeit bei **2 x 100 Euro** (1. Rate im Januar und 2. Rate im Juli).)

Außerordentliche Mitgliedschaft im DFV:
Ich bin in Ruhestand und möchte den Deutschen Facharztverband e.V. weiterhin als Mitglied unterstützen. Der Jahresmitgliedsbeitrag liegt zurzeit bei **25 Euro**.

Ich bin in Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für _____,
Fachrichtung _____,
und möchte dem Deutschen Facharztverband e.V. als außerordentliches Mitglied beitreten.
(Der Jahresmitgliedsbeitrag liegt zurzeit bei **10 Euro**)

Förderbeitrag:
 Ich/Wir habe(n) einen Förderbeitrag in Höhe von _____ Euro auf das **Konto des DFV e.V.** überwiesen **IBAN: DE62 7025 0150 0010 7935 78, BIC BYLADEM1KMS** (Stichwort DFV-Förderung).
 Ich/Wir lege(n) einen Verrechnungsscheck bei.
 Ich/Wir erbitte(n) eine Quittung über meinen/unseren Förderbeitrag (ab 50 Euro).

Titel / Vor- und Zuname:

Praxisanschrift:
Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Mitgliedschaft in anderen Verbänden:

Ort/Datum, Unterschrift/Praxisstempel

Einzugsermächtigung:
Hiermit ermächtige ich den DFV, den Mitgliedsbeitrag in der jeweils von der Mitgliederversammlung beschlossenen Höhe bis auf Widerruf von meinem nachstehend genannten Konto durch Lastschrift einzuziehen:

IBAN.: _____

BIC: _____

Bank: _____

Ort/Datum, Unterschrift

Rechnung:
Wird keine Einzugsermächtigung erteilt, wird der Mitgliedsbeitrag per Rechnung angefordert. Hierbei fallen zusätzlich Bearbeitungsgebühren an. Diese liegen zurzeit bei jeweils 10 Euro.

Erklärung zur Datenverarbeitung:
Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten durch den DFV für die Zwecke der Mitgliederverwaltung gespeichert und verarbeitet werden.

Ort/Datum, Unterschrift

Rücksendung per Post an:
oder per Fax an:

Deutscher Facharztverband e.V. – Fichtestr. 4/1 – 89129 Langenau
07345-9336786