

Änderungsmitteilung Mitglieder Daten

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

E-Mail-Adresse:

Mitgliedsnummer: Name, Vorname:

Titel: Geb.-Datum:

Änderung der Anschrift für Aussendungen (DGIM e.V.) / Zeitschriften:

Strasse:

PLZ: Ort: Land:

Telefon privat: geschäftlich:

Mobil: Fax:

Änderung der Dienststellung

ab:

Direktor Chefarzt Leitender Arzt € 240,00

Niedergelassener Arzt / MVZ € 240,00

Partner Gemeinschaftspraxis / MVZ **ohne** Medienbezug € 180,00

Angestellter Arzt in Praxis / MVZ € 180,00

Oberarzt € 180,00

Arzt im Ruhestand € 95,00

Arzt Assistenzarzt mit Facharztanerkennung € 120,00

Arzt Assistenzarzt In Weiterbildung zum FA € 95,00

Voraussichtlicher Abschluss im Jahr:

Facharztkompetenz:

FA für Innere und Allgemeinmed.

FA für Allgemeinmedizin

FA für Innere Medizin

FA für Innere Medizin und:

Angiologie

Endokrinologie und Diabetologie

Hämatologie und Onkologie

Gastroenterologie

Geriatrie

Kardiologie

Nephrologie

Pneumologie

Rheumatologie

Änderung der Bankverbindung / Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige die DGIM e.V., die fälligen Mitgliedsbeiträge von folgender Bankverbindung einzuziehen
(nur mit deutscher Bankverbindung möglich):

Name der Bank:

BLZ:

Kontonummer:

(Diese Ermächtigung hat solange Gültigkeit, bis sie der DGIM gegenüber schriftlich widerrufen wird.)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift