

An die Schriftführerin der DGO

Prof. Dr. K. M. Peters

PD Dr. med. habil. Gabriele Lehmann

Klinik Innere Medizin III, Rheumatologie/Osteologie
Friedrich Schiller Universität Jena

Erlanger Allee 101 - 07747 Jena

Tel.: 03641 93243-27 - Fax: 03641 93243-62

E-Mail: Gabriele.Lehmann@med.uni-jena.de

**Deutsche Gesellschaft
für Osteologie e.V.**



Aufnahmeantrag

Seite 1 von 2

Name	Geb.-Datum
Vorname	Nationalität
Dienststelle	
.....	
.....	
Telefon	Fax
E-Mail	Gewünschte Postanschrift:
Privatanschrift	dienstlich
.....	privat
.....	
Telefon	Fax

Ausbildung (kurze Angaben über Zeit und Ort des Studiums, Fachausbildung):

.....
.....
.....

Derzeitige Tätigkeit / Arbeitsgebiet:

.....
.....

Mitgliedschaft in anderen wissenschaftlichen Gesellschaften:

.....
.....

Art der gewünschten Mitgliedschaft:

ordentliches Mitglied
Juniormitglied
förderndes Mitglied
assoziiertes Mitglied

Die Satzung der Deutschen Gesellschaft für Osteologie
habe ich erhalten.
soll übersandt werden.

Datum Unterschrift

Konto

Deutsche Gesellschaft für Osteologie e. V.

Sparkasse Göttingen, BLZ 260 500 01, Kto-Nr. 56017163

BIC (SWIFT): NOLADE21GOE, IBAN: DE07 2605 0001 0056 0171 63

Die Aufnahme als ordentliches Mitglied wird befürwortet von folgenden (mindestens zwei) Mitgliedern der Gesellschaft (möglichst Stempel):

Name	Name
Anschrift	Anschrift
.....
.....
.....
.....
Datum und Unterschrift des Mitgliedes	Datum und Unterschrift des Mitgliedes

Bei Aufnahme ab Juni: Ich möchte den vollen Jahresbeitrag für das Aufnahmejahr zahlen und erhalte alle OSTELOGIE-Ausgaben für das aktuelle Jahr.

Der Jahresbeitrag soll erst ab dem nächsten Jahr eingezogen werden. Ich verzichte auf die OSTELOGIE im laufenden Jahr.

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beträge für die DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR OSTELOGIE e.V. bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

Konto-Nr BLZ

bei einzuziehen.

Diese Erklärung gilt bis zum schriftlichen Widerruf.

Genauere Anschrift (möglichst Stempel):

..... Ort, Datum

.....

.....

.....

..... Unterschrift

Auszufüllen vom Kassenswart: Aufnahme am

Mitglieds-Nr

Unterschrift