



An den Sekretär der DGA
Prof. Dr. med. H.-Chr. Schuppe
Zentrum für Dermatologie und Andrologie
Universitätsklinikum Gießen u. Marburg GmbH
Gaffkystr. 14

D-35392 Gießen

Tel. 0641-99 43251/ 43220
Fax 0641-99 43259
e-mail: Hans-Christian.Schuppe@
derma.med.uni-giessen.de
www.dgandrologie.de

Änderungsmitteilung zur Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Andrologie e.V.

Persönliche Angaben

Titel: _____
Vorname: _____
Nachname: _____
Geburtsdatum: _____

Berufliche Anschrift

Ggf. Institution: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ Telefax: _____
E-mail: _____

Private Anschrift

Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ Telefax: _____
E-mail: _____

Bitte E-mail-Adresse (bzw. Anschrift) für Korrespondenz festlegen! beruflich privat

Berufl. Tätigkeiten / Facharztstatus / Zusatzbezeichnungen etc.: _____

Zusatzbezeichnung Andrologie ja nein

Mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung dieser **geänderten** Daten gem. BDSG im Rahmen der satzungsmäßigen Aufgaben der DGA e.V. bin ich einverstanden.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Bitte wenden!



Ich bin mit der Weitergabe / Veröffentlichung der folgenden Daten auf der Homepage der Gesellschaft einverstanden: *Name, Vorname, Facharztstatus incl. Zusatzbezeichnung (Andrologie), Adresse der Praxis/Klinik, Tel/Fax-Nummer, E-Mail Adresse, falls vorhanden eigene Homepage*

Folgende Daten sollen nicht weitergegeben werden:

.....
.....

Folgende Daten sollen nicht auf der Homepage der Gesellschaft veröffentlicht werden:

.....
.....

Ich weiß, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Einzugsermächtigung

! Falls Sie noch nicht am Lastschriftverfahren teilnehmen, dringend erbeten !

! Falls Sie bereits teilnehmen, bitte ggf. Daten überprüfen !

Hiermit bevollmächtige ich die Deutsche Gesellschaft für Andrologie e.V., die von mir zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten des nachstehenden Kontos einzuziehen:

Kontoinhaber/in: _____

Konto-Nr.: _____

Bank: _____

Bankleitzahl: _____

Gleichzeitig ermächtige ich die oben genannte Bank, mein Konto mit dem geforderten Betrag zu belasten. Für entsprechende Deckung werde ich Sorge tragen.

Diese Erklärung gilt, solange sie nicht gegenüber der Deutschen Gesellschaft für Andrologie e.V. schriftlich widerrufen wird.

Am Lastschriftverfahren nehme ich nicht teil.

Ort/Datum

rechtsgültige Unterschrift Kontoinhaber/in