



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

## Antrag auf Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Andrologie e.V.

Hiermit ersuche ich um Aufnahme in die Deutschen Gesellschaft für Andrologie e.V.

### Persönliche Angaben

Titel: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Nachname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Nationalität: \_\_\_\_\_

### 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

### Kurzgefasste Angaben zum Lebenslauf (mit Jahresangaben)

Schulabschluss: \_\_\_\_\_  
Berufsausbildungs- bzw. Studienabschluss: \_\_\_\_\_  
Promotion (Fachgebiet): \_\_\_\_\_  
Facharztanerkennung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Zusatzbezeichnungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Weitere Aus-/Weiterbildungen: \_\_\_\_\_  
 Berufl. Tätigkeiten: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Bürgen (Mitglied der DGA)**

Name: \_\_\_\_\_ Unterschrift Bürge/Bürgin \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Antragsteller/in \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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**

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