



## Aufnahmeantrag

Bitte senden an:  
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie  
Straße des 17. Juni 106 - 108, 10623 Berlin  
E-Mail: mitglieder@dgou.de  
Fax: 030 - 340 603 621

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) als ordentliches bzw. außerordentliches Mitglied (Student). Ich bin bereits Mitglied der  DGOU  DGOOC

Bitte nutzen Sie für den Schriftverkehr meine  Dienstadresse  Privatadresse

.....  
Titel Vorname Name

.....  
geboren am

### DIENST:

.....  
Krankenhaus/Praxis

.....  
Klinik/Abteilung

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
PLZ, Ort, Land

.....  
Telefon

.....  
Mobil

.....  
dienstliche E-Mail-Adresse\*

.....  
Position/Tätigkeit

**Studenten, Assistenz-, Fach-, Funktionsoberärzte, nichtärztlich Tätige ohne ltd. Funktion bitte Bescheinigung für den ermäßigten Beitrag ([www.dgou.de](http://www.dgou.de)) beifügen und jährlich bis spätestens 31.3. einreichen!**

### PRIVAT:

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
PLZ, Ort, Land

.....  
Telefon

.....  
Mobil

.....  
private E-Mail-Adresse\*

**\*Da die Korrespondenz hauptsächlich auf elektronischem Wege erfolgt, ist die Angabe mind. einer E-Mail-Adresse notwendig!**

**Die Satzung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. erkenne ich an.**

([http://www.dgu-online.de/fileadmin/published\\_content/7.DGU/Mitgliedschaft/PDF/DGU\\_Satzung\\_Stand\\_2014\\_10\\_29.pdf](http://www.dgu-online.de/fileadmin/published_content/7.DGU/Mitgliedschaft/PDF/DGU_Satzung_Stand_2014_10_29.pdf))

Auf den Beginn der Beitragspflicht bin ich hingewiesen worden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift



**Einverständniserklärung zum Datenschutz**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die DGU meine persönlichen Daten für Mitgliedsinformationen an mich nutzen darf. Ebenso dürfen meine Adressdaten an Dienstleister, die für die DGU tätig werden, z.B. an Intercongress für den Erhalt von **Kongressinformationen** und ein vereinfachtes Procedere für die **vergünstigte Teilnahme am DKOU**, an den Springer-Verlag für den Erhalt unserer **Mitgliederzeitschrift OUMN** „Orthopädie Unfallchirurgie, Mitteilungen und Nachrichten“ und für Umfragen wissenschaftlicher Gesellschaften, in denen die DGU Mitglied ist, weitergegeben werden. Eine Weitergabe meiner persönlichen Daten an andere Stellen erfolgt nicht. Über diese Einwilligung kann ich mich jederzeit bei der DGU-Geschäftsstelle informieren lassen und sie widerrufen.

- ja, einverstanden  
 nein, nicht einverstanden

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

**Bürgschaft (Die Unterschriften von 2 DGU-Mitgliedern sind erforderlich.)**

Ich übernehme die Bürgschaft für Frau/Herrn .....  
und empfehle der Gesellschaft ihre/seine Aufnahme als Mitglied.

.....  
Bürge 1: Titel, Vorname, Name (in Klerschrift)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

.....  
Bürge 2: Titel, Vorname, Name (in Klerschrift)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

**SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen:**

(Bei Nichtteilnahme am Einzugsverfahren erhöht sich der Mitgliedsbeitrag um 10,00 €.)

Ermäßigte Beiträge können nur bei fristgerechter Einreichung der Ermäßigungsbescheinigung (jährlich bis 31.03.) gewährt werden.

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE98ZZZ00000518610

Kontoinhaber: .....

Straße, Hausnr.: .....

PLZ, Ort: .....

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift