Deutsche Gesellschaft für Transitionsmedizin (DGfTM) e.V.

Geschäftsstelle

c/o Kirsten Gerber

Grethe-Jürgens-Straße 30

30655 Hannover

Mail: transitionsmedizin@gmail.com

Antrag auf Mitgliedschaft

(Bitte in Druckschrift ausfüllen)

□ Frau □Herr □ Verein/Institution

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titel Name Vorname (bitte ausschreiben)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum Berufliche Position

Anschrift dienstlich: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon Telefax E-Mail

Anschrift privat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon Telefax E-Mail

Korrespondenzanschrift: □ dienstlich □ privat

Antrag auf Aufnahme als: □ ordentliches Mitglied 50€

**(jährl. Beitrag, wird per Lastschrift zum** □ Gründungsmitglied 25€

**15.1. des Jahres erbeten)** □ förderndes Mitglied min. 50€

□ Studenten/Assistenten 25€ □ juristisches Mitglied 250€

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift