



Aufnahmeantrag

Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e. V. (DGfM)

Bitte senden Sie den Aufnahmeantrag an:

Deutsche Gesellschaft für
Medizincontrolling e.V.
Rohrbacher Straße 92/1
69115 Heidelberg

oder per Telefax an
Fax: 03222 9964572

Mitgliedsbeiträge:

Ordentliche Mitglieder: € 150,- im Jahr; Zuschlag bei
Nichtteilnahme am Lastschriftinzugsverfahren: € 10,- im Jahr

Die aktuelle Beitragsordnung und Satzung finden Sie auf
unserer Homepage unter www.medizincontroller.de. Mit Ihrer
Unterschrift erkennen Sie die Satzung der Deutschen
Gesellschaft für Medizincontrolling e. V. an.

Sie erhalten innerhalb von 10 Tagen eine Eingangsbestätigung
und nach der Zustimmung des Vorstandes eine Bestätigung
der Mitgliedschaft.

Wie wurden Sie auf die DGfM aufmerksam?:

- Presse Kollege/in DGfM Regionalverband
- Veranstaltung/Seminar DGfM Internet-Seite
- Sonstiges:.....

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass die Mitgliedschaft in der DGfM
nicht für kommerzielle Zwecke genutzt werden darf.

Ich bitte um Aufnahme in die **Deutsche Gesellschaft für
Medizincontrolling e. V.** (DGfM)

Frau Herr Akad. Titel

Name

Vorname.....

Geburtsdatum

Straße

PLZ - Ort

Tel. (mit Vorwahl)

Qualifikation:

Arzt m/w nichtärztlicher Medizincontroller

MCA/MDA Sonstiges:

Klinik/Firma:.....

Straße

PLZ - Ort

Tel. (mit Vorwahl)

E-Mail:

Berufliches Tätigkeitsfeld:

Medizincontrolling

Sonstiges:.....

Ich erkenne die Satzung der DGfM e. V. an. Ich bin damit
einverstanden, dass ich regelmäßig über interessante Themen
per E-Mail informiert werde.

Datum Unterschrift

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Gesellschaft für
Medizincontrolling e.V. (DGfM) bis auf Widerruf, den jährlichen
Mitgliedsbeitrag für die DGfM gemäß der aktuellen
Beitragsordnung in der von der Mitgliederversammlung
festgesetzten Höhe von meinem unten angegebenen Konto im
Lastschriftverfahren einzuziehen.

Ich bin Mitglied im und bitte den reduzierten
Jahresbeitrag gem. der aktuellen Beitragsordnung jährlich zu
erheben.

Name des Mitglieds:

Vorname

Name des Kontoinhabers (falls abweichend)

.....

Vorname

Name d. Bank

Bankleitzahl

Kontonummer

Datum

.....

Unterschrift des Kontoinhabers