



## ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

Akademischer Grad/Titel <i>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/> Prof. Dr. med <input type="checkbox"/> PD Dr. med <input type="checkbox"/> Dr. med <input type="checkbox"/> Dr. Univ..... <input type="checkbox"/> cand. med	<input type="checkbox"/> Chefärztin/arzt <input type="checkbox"/> (Ltd.) Oberärztin/arzt <input type="checkbox"/> Stationsärztin/arzt <input type="checkbox"/> Assistenzärztin/arzt
Fachrichtung		
Tätig als/in	<input type="checkbox"/> niedergelassen <input type="checkbox"/> sonstige Institution.....	<input type="checkbox"/> Klinikärztin/arzt
Anschrift		

Telefon	
Fax	
eMail	

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Deutsch-Türkischen Mediziner-Gesellschaft Bayern e.V.

Ort und Datum :

Unterschrift:

### LASTSCHRIFTEINZUGSERMÄCHTIGUNG (Bitte unbedingt ausfüllen)

Jahresbeitrag:

**Fachärztinnen/ärzte: 75 € - Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung: 50 € - Studenten der Medizin: frei**

Hiermit ermächtige ich die DTM Bayern e.V., die fälligen Mitgliedsbeiträge bis auf Widerruf von meinem unten angegebenen Konto abzubuchen.

Name des Kontoinhabers:	
Geldinstitut:	
BLZ	Kontonummer:
Ort und Datum:	Unterschrift: