

## Aufnahmeantrag

Geschäftsstelle der AGE e. V.  
Sabine Altmann  
Baumfalkenweg 4  
22397 Hamburg

per Mail an: [geschaeftsstelle@ag-endoskopie.de](mailto:geschaeftsstelle@ag-endoskopie.de)  
per Fax: 040 – 642 08 601

Bitte leserlich, in Druckbuchstaben ausfüllen und unterschrieben zusenden:

Titel / Vorname / Name \_\_\_\_\_

### Dienstliche Anschrift

Krankenhaus \_\_\_\_\_

Abteilung \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Website der Klinik \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Faxnummer \_\_\_\_\_

### Private Anschrift

Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ und Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Mitglied der DGGG      ja                          nein   

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der AGE Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Endoskopie e. V. Ich erkläre mich mit der Zahlung des Mitgliedsbeitrages durch Abbuchung und mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung dieser Daten gemäß BDSG im Rahmen der satzungsgemäßen Aufgaben der AGE einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort                                      Datum                                      Unterschrift

### Ermächtigung zum Bankeinzugsverfahren

Konto-Nr. \_\_\_\_\_                      BLZ \_\_\_\_\_                      Bank \_\_\_\_\_

Ich ermächtige die AGE, die von mir zu entrichtende Beitragszahlung bis auf Widerruf bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift