

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.

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

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 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 zu
erheben.

Name des Mitglieds:

Vorname

Name des Kontoinhabers (falls abweichend)

.....

Vorname

Name d. Bank

Bankleitzahl

Kontonummer

Datum

.....

Unterschrift des Kontoinhabers