



Deutsche Gesellschaft für
Geschlechtsspezifische Medizin e.V.

Aufnahmeantrag

an die **Deutsche Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin e.V.**
für Einzelpersonen oder Firmen / Institutionen

per E-Mail bitte an info@dgesgm.de

Name	.....
Vorname	.....
Titel	.....
Einrichtung/Institution	.....
Adresse	.....
Postleitzahl	.....
Stadt	.....
Tel.	.....
Fax	.....
E-Mail	.....

Besondere Interessen (3 Bereiche)

1	.....
2	.....
3	.....

Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Kalenderjahr 125,- EUR, ab 65. LJ Möglichkeit Beitrag auf 50,- EUR zu reduzieren, Studierende ohne Beitrag.

Gerne unterstütze ich die DGesGM mit einer Spende. Bitte teilen Sie mir Ihre Kontoverbindung mit und senden Sie mir eine Spendenbescheinigung.

.....
Datum

.....
Unterschrift