

Aufnahmeantrag
an die Deutsche Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin e.V.
für Einzelpersonen oder Firmen / Institutionen
per email bitte an info@dgesgm.de

Name		
Vorname		
Titel		
Einrichtung/Institution		
Adresse		
Postleitzahl	Stadt
Tel.		
Fax		
Email		

Besondere Interessen (3 Bereiche)

1
2
3

Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Kalenderjahr EUR 50,--.

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

.....
Datum

.....
Unterschrift