



Wir freuen uns über Ihr Interesse an der Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie. Die Aufnahmebedingungen finden Sie in der Satzung, Artikel 2. Bitte drucken Sie dieses Formular aus und senden es ausgefüllt an die DGH-Geschäftsstelle.

Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie.

Meinen Lebenslauf, unter besonderer Berücksichtigung des beruflichen Werdeganges und der handchirurgischen Tätigkeit sowie – soweit erworben – eine Kopie meiner Urkunde über die Zusatzbezeichnung Handchirurgie füge ich bei.

Name: _____ Vorname: _____

Titel: _____

Dienststellung: _____

Facharzt für: _____

Zusatzbezeichnung Handchirurgie: Ja Nein

Klinikbezeichnung inkl. Abt. _____

bzw. Praxisname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon / Telefax dienstl.: _____

E-Mail dienstl. (**obligatorisch**) _____

Privatadresse: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon / Telefax privat: _____

E-Mail privat: _____

Geburtsdatum: _____

Ort, Datum

Unterschrift