

Bitte füllen Sie dieses Formular zunächst mit Hilfe von [Adobe Acrobat Reader](#) digital aus. Anschließend können Sie es abspeichern und ausdrucken. Bitte senden Sie es unterschrieben an die oben genannte Geschäftsstelle.

Diese Bescheinigung ist jedes Jahr unaufgefordert bis spätestens 31. Januar einzureichen. Andernfalls wird der reguläre Beitrag in Höhe von 180,00€ erhoben und nicht zurückerstattet.

BESCHEINIGUNG FÜR DEN ERMÄSSIGTEN DGH-BEITRAG IM JAHR ____

Anrede	Titel	Straße und Hausnummer
Vorname, Nachname	Postleitzahl und Ort	
Mitgliedsnummer	Praxis / Klinik	

Hiermit bescheinige ich, dass	Beitrag
ich als Student (m/w/d) immatrikuliert bin. (Bitte Nachweis beifügen!)	0,- €
ich zum _____ in den Ruhestand eintrete (Rentner bin).	0,- €
ich mich in diesem Jahr in Elternzeit befinde. (Bitte Nachweis beifügen!)	30,- €
ich aktuell arbeitslos gemeldet bin. (Bitte Nachweis beifügen!)	30,- €
ich als Assistenzarzt (m/w/d) in Weiterbildung tätig bin.	100,- €
ich als Arzt, Facharzt, Chefarzt (m/w/d) ohne Zusatzbezeichnung Handchirurgie tätig bin.	100,- €
ich als Niedergelassener Arzt (m/w/d) ohne Zusatzbezeichnung Handchirurgie tätig bin.	100,- €

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel