

An den
Präsidenten der DGLM
Herrn Dr. Carsten M. Philipp
Leitender Arzt
Zentrum Lasermedizin
Evangelische Elisabeth Klinik
Lützowstr. 24-26
10785 Berlin

Den ausgefüllten Antrag senden
Sie bitte per Post oder Fax(030
2506-923) an nebenstehende
Adresse .zurück!

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Lasermedizin.

Name: _____

Vorname: _____

Institution: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____

Jahresbeitrag:

- 150,-- Euro für selbstständig praktizierende Ärzte und
Mitarbeiter in leitender Position
Bei Renteneintritt: ermäßigter Jahresbeitrag in Höhe von 80,-- €
- 80,-- Euro für Mitarbeiter, Angestellte, Assistenten
Neumitglieder zahlen in den ersten drei Jahren der Mitgliedschaft einen ermäßigten
Jahresbeitrag in Höhe von 60,-- Euro

Gewünschte Zahlungsweise:

- Lastschriftverfahren oder
- Überweisung nach Erhalt der Aufnahmebestätigung auf unser Konto bei der
Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG, Mannheim
IBAN: DE32 3006 0601 0003 4028 27, BIC: DAAEDED

Datum

Unterschrift