

An den
Präsidenten der DGLM
Dr. Carsten M. Philipp
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 e.V.

Name: _____

Vorname: _____

Institution: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____

Jahresbeitrag:

100,-- Euro für selbstständig praktizierende Ärzte^(*)
und Mitarbeiter^(*) in leitender Position

40,-- Euro Wissenschaftliche Mitarbeiter^(*),
angestellte Ärzte^(*), Rentner^(*)

20,-- Euro Studierende^(*)

(*) weiblich, männlich, divers

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

Bitte informieren Sie die DGLM formlos über ggf. zukünftig eintretende Änderungen Ihrer Mitgliedsdaten.

Datum

Unterschrift