

**Dr. med. Peter-Friedrich Petersen**

**Klinikum Frankfurt Höchst  
Zentrale Notaufnahme  
Gotenstraße 6-8  
65929 Frankfurt**

## AUFNAHMEANTRAG

Ich, \_\_\_\_\_  
(Name des zukünftigen Mitglieds)

beantrage die Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA e.V.) mit sofortiger Wirkung. Die Satzung habe ich gelesen und erkenne diese an.

Anschrift privat: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Dienststelle: \_\_\_\_\_

Email privat: \_\_\_\_\_

Email dienstlich: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich: \_\_\_\_\_

Berufliche Position: \_\_\_\_\_

### Mitgliedsbeitrag:

- ärztliche Mitglieder in Leitungsposition 135,00€  
 ordentliche/nichtpflegende Mitglieder 95,00€  
 ordentliche/pflegende Mitglieder 65,00€  
 Rettungsdienst, Studenten 65,00€

Inklusive des Bezugs der Zeitschrift Notfall + Rettungsmedizin als Organ der DGINA

- bitte Zeitschrift an Privatanschrift  bitte Zeitschrift an Dienstanschrift  
 bitte Post an Privatanschrift  bitte Post an Dienstanschrift  
 Ich bin mit der Zusendung eines DGINA-Newsletters per mail einverstanden

**Ich befürworte die Forderung der DGINA nach einem Facharzt für Notfallmedizin:**

- ja  nein

### Einzugsermächtigung

hiermit ermächtige ich, \_\_\_\_\_  
(Name des Zahlungspflichtigen)

die Commerzbank Aachen, für die DGINA e.V. den Mitgliedsbeitrag in Höhe von **65,00€ / 95,00€ / 135,00€** (Nichtzutreffendes bitte streichen) entsprechend den nachfolgenden Angaben,

zu Lasten meines Girokontos: \_\_\_\_\_ (Kto.-Nr.)

\_\_\_\_\_ (BLZ) bei der \_\_\_\_\_  
(Kreditinstitut)

durch Lastschrift jeweils jährlich zum 01. Mai einzuziehen:

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Antragssteller / Zahlungspflichtiger)

Diese Dauereinzugsermächtigung gilt bis auf Widerruf.