



**Aufnahmeantrag**

Bitte im **Original** einsenden an:  
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie  
Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) als  ordentliches /  außerordentliches Mitglied

**Bitte nehmen Sie als meine Postanschrift:**  **Dienstanschrift**  **Privatanschrift**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_  
 m  w

geboren am \_\_\_\_\_

**DIENST:**

Krankenhaus / Klinik / Praxis \_\_\_\_\_ Abteilung \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ / Ort / Land \_\_\_\_\_

Telefon, Handy, Fax \_\_\_\_\_

dienstliche E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Dienststellung / Tätigkeit \_\_\_\_\_

Ich habe den **Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie** am ..... erworben.  
(Monat / Jahr)

**PRIVAT:**

Straße \_\_\_\_\_ PLZ / Ort / Land \_\_\_\_\_

Telefon, Handy, Fax \_\_\_\_\_

private E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

In bin bereits Mitglied in der/im:  DGCh  DGOOC  DGU  BVOU  BDC  VLOU

► sowie in folgenden Sektionen, Arbeitsgemeinschaften, Ausschüsse, Kommissionen:

.....  
.....

**DATENSCHUTZ – Einverständniserklärung**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten für an mich gerichtete Mitgliedsinformationen durch die DGOU genutzt werden. Dies schließt Dienstleister, die für die DGOU tätig werden, mit ein. Ich bin insbesondere damit einverstanden, dass die DGOU meine postalischen Adressdaten für die Versendung von Kongressinformationen und Umfragen wissenschaftlicher Gesellschaften, in denen die DGOU Mitglied ist, bzw. den für diese tätigen Dienstleistern zur Verfügung stellt. Eine Weitergabe meiner persönlichen Daten an sonstige Stellen erfolgt nicht. Über diese Einwilligung kann ich mich jederzeit bei der DGOU-Geschäftsstelle informieren lassen und sie widerrufen.

Ja, einverstanden

Nein, nicht einverstanden

.....  
(Ort / Datum)

.....  
(Unterschrift)

**Bankeinzugsverfahren:**

Ich stimme zu, dass der Jahresbeitrag per Einzugsverfahren von folgendem Konto,

Kontoinhaber.....Bank.....

Kto.-Nr. ...., (BLZ) .....abgebucht wird.

.....  
(Ort / Datum)

.....  
(Unterschrift)

**Die Satzung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. erkenne ich an.**  
<http://www.dgou.de>

Auf den Beginn der Beitragspflicht mit Bekanntgabe der vorläufigen Aufnahme bin ich hingewiesen worden.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)

**Bürgschaft (die Unterschriften von 2 DGOU-Mitgliedern sind notwendig!)**

Frau/Herr \_\_\_\_\_ ist mir persönlich bekannt.

Ich bin Mitglied der DGU, DGOOC oder DGOU und übernehme hiermit die Bürgschaft und empfehle der Gesellschaft seine/ihre Aufnahme als Mitglied.

\_\_\_\_\_  
Bürge 1: Titel, Vorname, Name (Klarschrift)

\_\_\_\_\_  
Bürge 2: Titel, Vorname, Name (Klarschrift)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Bürgen 1

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Bürgen 2

**Votum der Aufnahmekommission:**

Dem Aufnahmeantrag wird  entsprochen /  nicht entsprochen.

\_\_\_\_\_  
(Datum und Unterschrift des Generalsekretärs)

\_\_\_\_\_  
(Datum und Unterschrift des stellv. Generalsekretärs)