

Beitrittsantrag Deutsche Gesellschaft für Lipödem-Chirurgie e.V

Hiermit beantrage ich meinen Beitritt als Mitglied in der
Deutschen Gesellschaft für Lipödem-Chirurgie e.V

Name:	_____	Vorname:	_____
Geb.-Datum:	_____	Straße:	_____
PLZ:	_____	Ort:	_____
Telefon/ FAX:	_____	E-Mail:	_____
Berufliche Tätigkeit:	_____	Fachrichtung:	_____

Ich wünsche den Beitrag als

ordentliches Mitglied: ich bin approbierter Arzt und im Bereich der Behandlung oder
Forschung des Lipödems wie folgt aktiv tätig:

oder als

förderndes Mitglied

Durch meine Unterschrift erkenne ich die mir ausgehändigte Satzung des Vereins an.

Der aktuelle Jahresbeitrag für ordentliche Mitglieder beträgt 100 € für Fachärzte und 60 € für Nicht-
Fachärzte. Fördernde Mitglieder bestimmen die Höhe ihrer Beiträge selbst. Der vom Vorstand
festzusetzende Mindestbeitrag darf jedoch nicht unterschritten werden. Dieser Mindestbeitrag ist bei
der Geschäftsstelle zu erfragen.

Mir ist bewusst, dass der volle Jahresbeitrag des aktuellen Kalenderjahres - unabhängig vom
Zeitpunkt des Eintritts - fällig wird.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (der/des gesetzl. Vertreter/s)

Die Informationen zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß den nachfolgenden
Datenschutzhinweisen habe ich zur Kenntnis genommen.