



## Aufnahmeantrag

für die Mitgliedschaft in der Mitteldeutschen Gesellschaft für Pneumologie und Thoraxchirurgie

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN.

Titel \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

### Dienstanschrift

### Privatanschrift

ggf.KH \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Homepage \_\_\_\_\_

### Postanschrift

dienstlich                      privat

### Art der Tätigkeit

Praxis                      Klinik                      öffentl. Dienst                      Sonstiges \_\_\_\_\_

### Fachgebiet und Zusatzbezeichnungen

### Weiterbildungsermächtigungen

Pneumologie \_\_\_\_\_ Monate

Internist mit Teilgebiet Pneumologie \_\_\_\_\_ Monate

Thoraxchirurgie \_\_\_\_\_ Monate

Allergologie \_\_\_\_\_ Monate

Umweltmedizin \_\_\_\_\_ Monate

Schlafmedizin \_\_\_\_\_ Monate

Sonstiges \_\_\_\_\_ Monate

### Tätigkeit in der Rehabilitation

ambulant                      klinisch

### Anmeldung zur Mitarbeit in den wissenschaftlichen Sektionen der Gesellschaft

S1 Begutachtung                      S2 Onkologie                      S3 Infektiologie /Tuberkulose

S4 Schlaf- und Beatmungsmedizin                      S5 Allergologie/ Immunologie                      S6 Thoraxchirurgie

Arbeitsgruppe Pulmonale Hypertonie

### Kontoverbindung / Einzugsermächtigung

Konto \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_ Bank \_\_\_\_\_

Die Mitteldeutsche Gesellschaft für Pneumologie und Thoraxchirurgie wird hiermit ermächtigt, den Jahresbeitrag (derzeit € 25.-p.a.) für die Mitgliedschaft von meinem o.g. Konto abzubuchen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift