



## Aufnahmeantrag

Hiermit werde ich Mitglied der MDGP

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

### Dienst- Praxisanschrift

### Privatanschrift

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

Straße \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

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

Tel \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

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

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

Dies soll die Postanschrift sein! (bitte ankreuzen)

### Art der Tätigkeit

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

### Fachgebiet und Zusatzbezeichnungen

Pneumologie  Internist mit Teilgebiet Pneumologie  Allergologie  
 Umweltmedizin  Sonstiges \_\_\_\_\_

**Tätigkeit in der Rehabilitation**  ambulant  klinisch

### Anmeldung zur Mitarbeit in den wissenschaftlichen Sektionen der Gesellschaft (wenn gewünscht, bitte ankreuzen)

S1 Begutachtung  S2 Onkologie  S3 Infektiologie /Tbk  
 S4 Funktionsdiagnostik  S5 Allergologie/ Immunologie  S6 Endoskopie

### Weiterbildungsermächtigungen ( bitte Dauer in Monaten angeben )

Pneumologie \_\_\_\_\_ Innere Medizin \_\_\_\_\_ Allergologie \_\_\_\_\_  
Umweltmedizin \_\_\_\_\_ Sonstiges \_\_\_\_\_ Dauer Sonstiges \_\_\_\_\_

### Kontoverbindung / Einzugsermächtigung

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

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Um das Mitgliederverzeichnis fehlerfrei anlegen zu können, bitten wir um gut leserliche Angaben !  
Postanschrift: MDGP, c/o Dr. M. Franke. PSF 100 145, 96501 Sonneberg, FAX: 0 36 75 – 89 44 1



Korporatives Mitglied in der  
Deutschen Gesellschaft für  
Pneumologie (DGP)

MDGP Geschäftsstelle  
c/o Praxis Dr. M. Franke  
PSF 100 145

96501 Sonneberg

ANTWORT PER POST /  
  
ODER PER FAX:  
0 36 75 – 89 44 11

0 36 75 - 89 44 11

FAXANTWORT AN: