

Aufnahmeantrag für die Mitgliedschaft in der Sektion B

Telefon (030) 3229 329-36 Telefax (030) 3229 329-22

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
Mitgliederverwaltung
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin

*Bitte Antrag im Original
zurücksenden*

Name

Titel

Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Position

Privatanschrift

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Dienstanschrift

Institution (Klinik/Praxis)

Abteilung

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Bitte senden Sie das Magazin „Forum“ und Schriftverkehr an meine

Dienstanschrift

Privatanschrift

Datum, Unterschrift

Empfohlen von folgendem Mitglied der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.:

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der Sektion B der DKG e.V. und bitte um die Aufnahme in die folgenden Arbeitsgemeinschaften:

- Arbeitsgemeinschaft Bildgebung in der Onkologie (ABO)**
 Voraussetzung: Ich bin Mitglied in der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG) **oder**
 Ich bin Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
- Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO)**
- Arbeitsgemeinschaft Erbliche Tumorerkrankungen (AET)**
- Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO)**
 Ich bin Mitglied in der Dt. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
- Arbeitsgemeinschaft HNO/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgische Onkologie (AHMO)**
 Voraussetzung: Ich bin Mitglied in der Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer-Gesichtschirurgie **oder**
 Ich bin Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)**
- Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)**
- Voraussetzung:** Ich bin Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Pathologie (DGP) **oder**
 Ich bin Mitglied in der Dt. Gesellschaft für Neuropathologie u. Neuroanatomie (DGNN)
- Arbeitsgemeinschaft Onkologische Thoraxchirurgie (AOT)**
- Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin (APM)**
- Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Onkologie (APO)**
- Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)**
- Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO)**
- Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin (ASORS)**
- Arbeitsgemeinschaft Tumorklassifikationen in der Onkologie (ATO)**
- Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO)**
- Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie (CAO)**
 Ich bin Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
- Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie - Viszeralchirurgie (CAO-V)**
- Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)**
- Neuro-Onkologische Arbeitsgemeinschaft (NOA)**
- Arbeitsgemeinschaft für Onkologische Pharmazie (OPH)**
- Pneumologisch-Onkologische Arbeitsgemeinschaft (POA)**
- Arbeitsgemeinschaft Prävention und Integrative Onkologie (PRIO)**
- Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO)**
- Abteilung Experimentelle Krebsforschung (AEK), darin:**
- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Biochemie | <input type="checkbox"/> Molekular- u. Zytogenetik | <input type="checkbox"/> Systembiologie u. -medizin |
| <input type="checkbox"/> Immunologie | <input type="checkbox"/> Pathologie und Diagnostik | <input type="checkbox"/> Virologie |
| <input type="checkbox"/> Kanzerogenese und Epidemiologie | <input type="checkbox"/> Therapie und Pharmakologie | <input type="checkbox"/> Zellbiologie |

Jahresbeitrag (entsprechend beruflicher Position ankreuzen):

- 140 Euro Leitende Ärzte/Ärztinnen und Wissenschaftler/Wissenschaftlerinnen, Institutsleiter/Institutsleiterinnen, niedergelassene Ärzte/Ärztinnen
- 90 Euro Oberärzte/-ärztinnen
- 70 Euro Assistenzärzte/-ärztinnen, Wissenschaftler/Wissenschaftlerinnen, Psychologen / Psychologinnen und andere akademische Berufsgruppen
- 30 Euro studentische Mitglieder, Arbeitslose, Mitglieder in Elternzeit (entsprechende Nachweise erforderlich) und Pflegeberufe

Zahlungsart:

- Einzugsverfahren***

***) Bitte ausfüllen und Antrag im Original per Post zurückschicken**

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikations-Nr.:
DE61 ZZZ 00000321396

Mandatsreferenz: B _____

(Mitgliedsnummer: wird von DKG vergeben)

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Zahlungen für den Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN

Ort/Datum Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s)

- Überweisung:** IBAN: DE49 5005 0201 0200 2382 99, BIC:HELADEF1822

Rechnung an: Dienstanschrift Privatanschrift