

An die  
Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Forschung e. V., ADF  
Geschäftsstelle  
Robert-Koch-Platz 7  
10115 Berlin

Ort: \_\_\_\_\_, Datum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

## Beitrittsantrag

**(Bitte Antrag und Einzugsermächtigung per Post an die ADF-Geschäftsstelle senden.)**

Nach Kenntnisnahme der Satzung beantrage ich hiermit meinen Beitritt zur  
„Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Forschung“ und erkenne diese mit meiner Unterschrift an.

Titel	
Name:	
Vorname(n):	
Geburtsdatum:	
Name der Klinik:	
Abteilung:	
Straße:	
PLZ/Ort/Land	
Telefon	
Fax	
E-Mail:	
Unterschrift	

### Achtung:

Ab sofort werden die Mitgliedsbeiträge ausschließlich **per Lastschrift** eingezogen. **Bitte füllen Sie die anhängende Einverständniserklärung zum Lastschriftverfahren aus und senden diese mit Ihrer Originalunterschrift per Post an die ADF-Geschäftsstelle zurück. Faxe sind ungültig!**