

Mitgliedsantrag



Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft
für Dysphagie und Globus pharyngis

Deutsche Gesellschaft Dysphagie

Ich möchte Mitglied der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Dysphagie (DGD) werden.

Name _____

Vorname _____

Titel _____

Institut _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Fachrichtung _____

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Dysphagie den Mitgliedsbeitrag in Höhe von derzeit 30€ pro Jahr von meinem Konto folgender

Bank _____

BLZ _____

Kontonr. _____

Per Lastschriftverfahren einzuziehen.

Datum _____

Unterschrift _____

Bitte Rücksendung per Fax an 089 4140 6030