



Aufnahmeantrag

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als ordentliches Mitglied.

Personalien des Antragstellers (Bitte mit Druckbuchstaben schreiben)

Titel Name und Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Dienststellung Ich bin Student/in

Klinik / Krankenhaus / Praxis / Abt.

Klinik-Anschrift

Telefon dienstlich Telefax dienstlich

Privat-Anschrift

Telefon privat Fax privat

E-Mailadresse

Facharztqualifikation:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Facharzt f. Chirurgie/Allgemeine Chirurgie | <input type="checkbox"/> Facharzt f. Thoraxchirurgie |
| <input type="checkbox"/> Facharzt f. Viszeralchirurgie/spez. Viszeralchirurgie | <input type="checkbox"/> Facharzt f. Plastische Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Facharzt f. Unfallchirurgie/Orthopädie | <input type="checkbox"/> Facharzt f. Kinderchirurgie |
| <input type="checkbox"/> Facharzt f. Neurochirurgie | <input type="checkbox"/> Facharzt f. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie |
| <input type="checkbox"/> Facharzt f. Gefäßchirurgie | <input type="checkbox"/> Facharzt f. Intensivmedizin |
| <input type="checkbox"/> Facharzt f. Herzchirurgie | <input type="checkbox"/> Facharzt f. Anästhesie |

Mitgliedschaft in anderen chirurgischen Fachgesellschaften:

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DGAV | <input type="checkbox"/> DGT | <input type="checkbox"/> DGKCH |
| <input type="checkbox"/> DGU | <input type="checkbox"/> DGTHG | <input type="checkbox"/> DGNC |
| <input type="checkbox"/> DGOOC | <input type="checkbox"/> DGMKG | |
| <input type="checkbox"/> DGG | <input type="checkbox"/> DGPRÄC | |

