

## Mitgliedsantrag

Herrn  
Dr. med. Christoph Löser  
Leitender Oberarzt  
Hautklinik Ludwigshafen  
Bremsenstr. 79  
67063 Ludwigshafen/Rhein

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft für Geschichte der Dermatologie und Venerologie (AGDV) e.V. Mit den satzungsmäßigen Zielen erkläre ich mich einverstanden. Mir ist bekannt, daß der Schriftverkehr in Vereinsangelegenheiten nach Möglichkeit sämtlich per Internet abgewickelt wird. Weiterhin erkläre ich mein Einverständnis mit dem jährlichen Einzug des Mitgliedsbeitrags per Bankeinzug (bei Auslandsmitgliedschaften mit meiner jährlichen, unaufgeforderten Überweisung; IBAN: DE33 2802 0050 7804 2330 00, SWIFT-BIC: OLBO DE H2).

### Persönliche Angaben:

- O reguläre Mitgliedschaft (10 Euro/Jahr)  
O beitragsfreie Mitgliedschaft (Pensionäre)

*bitte zutreffendes ankreuzen!*

Titel: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Telephon: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besondere geschichtliche Interessen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bankinstitut: \_\_\_\_\_  
Blz: \_\_\_\_\_  
Kontonummer: \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_