



Deutsche Gesellschaft für Tropen Chirurgie e.V.  
Dr. Henning Mothes  
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie  
Erlanger Allee 101  
D-07747 Jena

## Antrag auf Mitgliedschaft

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Privatadresse:

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

Dienstadresse:

Einrichtung/ Abteilung: \_\_\_\_\_

Position: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Telefon dienstl.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Tätigkeiten und Erfahrungen in Entwicklungsländern: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aktive Mitarbeit angestrebt? Bitte erläutern: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich beantrage hiermit die Aufnahme als Mitglied in die Deutsche Gesellschaft für Tropen Chirurgie e.V.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Mitgliedsbeitrag und Zahlungsweise:

Den jährlichen Mitgliedsbeitrag von 25,00 Euro bezahle ich

- Ich bin Student (ermässigte Mitgliedschaft: 15,00 Euro)  
Bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen.
  
- Per Überweisung  
jeweils zum 15. Januar auf das Konto der DTC e.V.  
Konto-Nr. 523 23 661, BLZ 590 100 66, Postbank Saarbrücken
  
- Per Einzugsermächtigung

Ich bitte den Mitgliedsbeitrag jeweils zum 1. Februar  
von meinem Konto abzubuchen:

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_  
Bank: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Änderungen der Bankverbindung teile ich der DTC unverzüglich mit.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift