



Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe  
und Pränatalmedizin in der DGGG e.V.

AG für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG e.V.  
Repräsentanz der DGGG und Fachgesellschaften  
Jägerstr. 58-60  
10117 Berlin

## Aufnahmeantrag/Beitrittserklärung für die Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin e.V. (AGG)

– bitte in Druckschrift ausfüllen –

Ich beantrage die Mitgliedschaft bei der AGG als

Ordentliches Mitglied (60,00 € Jahresbeitrag)

Voraussetzungen:

- Mitgliedschaft in der DGGG e.V.
- Facharztausbildung für Gynäkologie und Geburtshilfe (Nachweis ist beigefügt)
- Bürge: Prof. Kurt Hecher

\_\_\_\_\_  
Name (muss ordentliches Mitglied sein)

Assoziiertes Mitglied (40,00 € Jahresbeitrag)

Voraussetzungen:

- in der Weiterbildung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe

- Bürge: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name (muss ordentliches Mitglied sein)

\_\_\_\_\_  
Akademischer Grad

\_\_\_\_\_  
Nachname

**Dienstanschrift:**

\_\_\_\_\_  
Institution

\_\_\_\_\_  
Funktion

\_\_\_\_\_  
Abteilung

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Land

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

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Vorname

**Privatanschrift:**

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Land

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

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Sektion Pränatalmedizin

Sektion Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen und fetale Wachstumsrestriktion

Sektion Diabetes und Schwangerschaft

Sektion klassische Geburtshilfe

Sektion Mehrlinge

Sektion Frühgeburt

Sektion Maternale Erkrankungen

Sektion Qualitätsmanagement/ -sicherung

Sektion Hebamme

Sektion Integrative Medizin



### **Einzugsermächtigung**

Ich ermächtige hiermit die AGG, die von mir zu entrichtende Beitragszahlung bis auf Widerruf bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen und verpflichte mich, jede Änderung meiner Bankverbindung umgehend der Geschäftsstelle mitzuteilen.

|                |                    |
|----------------|--------------------|
| _____          | _____              |
| Kreditinstitut | IBAN (22-stellig)  |
| _____          | _____              |
| Kontoinhaber   | BIC (8-11-stellig) |
| _____          | _____              |
| Ort, Datum     | Unterschrift       |

- Ich erkläre hiermit, die satzungsgemäßen Ziele der Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin zu unterstützen.

|       |       |              |
|-------|-------|--------------|
| _____ | _____ | _____        |
| Ort   | Datum | Unterschrift |

Dieser Vertrag ist mit meiner Unterschrift gültig und ich bin mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung meiner Daten gem. DS-GVO einverstanden.