

# Mitgliedsantrag

## Vereinigung Norddeutscher CHirurgie e.V. (NDCH)



Bitte senden oder faxen Sie den vollständig ausgefüllten Antrag an die:  
**Vereinigung Norddeutscher CHirurgie e.V. (NDCH)**  
c/o Universitäres Herzzentrum Hamburg GmbH  
Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin  
Martinistr. 52  
20246 Hamburg

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

**Frau Heike Hidalgo**  
Telefon +49 40 741053178  
Fax +49 40 741053272  
E-Mail [mitgliederverwaltung@ndch.de](mailto:mitgliederverwaltung@ndch.de)

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in die Vereinigung Norddeutscher CHirurgie e.V. (NDCH)

zur Sommertagung

persönliche Daten		
Anrede	Titel	voller akademischer Titel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname		
<input type="text"/>		
Nachname		
<input type="text"/>		
Staatsangehörigkeit	Geburtsdatum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Privatanschrift	
Straße, Nr. oder Postfach	
<input type="text"/>	
Postleitzahl	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bundesland	Land
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kontaktdaten
E-Mail Adresse (dienstlich)
<input type="text"/>
E-Mail Adresse (privat)
<input type="text"/>
Telefon (mobil)
<input type="text"/>
Telefon (dienstlich)
<input type="text"/>

Dienstanschrift	
Krankenhaus / Institut / Praxis	
<input type="text"/>	
Abteilung	
<input type="text"/>	
Straße, Nr. oder Postfach	
<input type="text"/>	
Postleitzahl	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bundesland	Land
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Stellung	
<input type="checkbox"/> Chefärztin/-arzt	<input type="checkbox"/> Assistenzärztin/-arzt
<input type="checkbox"/> Belegärztin/-arzt	<input type="checkbox"/> freie Praxis
<input type="checkbox"/> Oberärztin/-arzt	<input type="checkbox"/> Student
<input type="checkbox"/> Sonstiges	Ich bin Fachärztin/-arzt für Chirurgie <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Fachgebiet	
<input type="checkbox"/> Kinderchirurgie	<input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie
<input type="checkbox"/> Plastische Chirurgie	<input type="checkbox"/> Unfallchirurgie
<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/> Thorax-Kardiovaskularchirurgie
<input type="checkbox"/> Orthopädie	Weiteres <input type="text"/>

Bankeinzug für den Jahresbeitrag		
<b>Die Mitgliedschaft in der Vereinigung Norddeutscher CHirurgie e.V. (NDCH) beträgt aktuell € 40,00 pro Jahr.</b>		
Hiermit beauftrage ich widerruflich die Vereinigung Norddeutscher CHirurgie e.V.(NDCH) die Jahresbeiträge bei Fälligkeit von der nachstehenden Kontoverbindung einzuziehen Das erforderliche SEPA Mandat ist als Anlage diesem Antrag beigelegt. Bitte unterzeichnen Sie das SEPA Mandat ebenfalls und senden dieses zusammen mit dem Antrag zurück an die NDCH.		
Kontoinhaber	IBAN	BIC
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datenschutz
Mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung dieser Daten gemäß BDSG im Rahmen der standesgemäßen Aufgaben bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

# Mitgliedsantrag

## Vereinigung Norddeutscher CHirurgie e.V. (NDCH)



### SEPA Lastschrift Mandat

Vereinigung Norddeutscher CHirurgie e.V. (NDCH)  
c/o Universitäres Herzzentrum Hamburg GmbH  
Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin  
Mitgliederverwaltung  
Heike Hidalgo  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg

Ich ermächtige die Vereinigung Norddeutscher CHirurgie e.V. (NDCH), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift bis auf Widerruf einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Vereinigung Norddeutscher Chirurgie e.V. (NDCH) auf mein Konto gezogenen Lastschriften bis auf Widerruf einzulösen.

Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Die Mandatsreferenz wird von der Vereinigung Norddeutscher CHirurgie e.V. (NDCH) vergeben.

#### Zahlungsempfänger

**Vereinigung Norddeutscher Chirurgie e.V. (NDCH)**  
**c/o Universitäres Herzzentrum Hamburg GmbH**  
**Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin**  
**Martinistraße 52**  
**20246 Hamburg**

**Gläubiger ID: DE86ZZZ00001390759**  
**Mandatsreferenz: NDCH-[Mitgliedsnummer]-[laufende Nummer]**  
**Vertragsgegenstand laut Forderung: Mitgliederjahresbeitrag NDCH**

#### Zahlungspflichtige Person

Vorname	IBAN
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname	BIC
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Nr. oder Postfach	
<input type="text"/>	
Postleitzahl	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers