

# Aufnahmeantrag für die Mitgliedschaft in der Sektion B

Die Anschrift ist für einen Fensterumschlag passend eingesetzt.  
Bitte senden an:

oder senden Sie den Antrag per Fax:  
Telefon (030) 3 22 93 29-36 - **Telefax (030) 3 22 93 29-22**

**Deutsche Krebsgesellschaft e. V.**  
**Mitgliederverwaltung**  
**Straße des 17. Juni 106 - 108**  
**10623 Berlin**

Name \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Position \_\_\_\_\_

**Privatanschrift:**

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**Dienstanschrift:**

Institution (Klinik/Praxis) \_\_\_\_\_

Abteilung \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Nicht zutreffendes bitte streichen:

Bitte senden Sie das Magazin „Forum“/Schriftverkehr an meine DIENST-/PRIVATANSCHRIFT.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift

**Empfohlen von folgenden Mitgliedern der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Mitgliedschaft in der Sektion B - wissenschaftliche Mitglieder - der DKG e.V. und bitte um die Aufnahme in die folgenden Arbeitsgemeinschaften:**

- ABO (AG Bildgebung in der Onkologie)**
  - Ich bin Mitglied in der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG)
  - Ich bin Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
- ADO (AG Dermatologische Onkologie)**
- AEK (Abteilung Experimentelle Krebsforschung) darin:**
  - Biochemie**
  - Immunologie**
  - Kanzerogenese**
  - Molekular- und Zytogenetik**
  - Pathologie**
  - Therapie und Pharmakologie**
  - Virologie**
  - Zell- und Entwickl.-Biologie (einschl. Metastasierung)**
- AGO (AG Gynäkologische Onkologie)**
  - Ich bin Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
- AHMO (AG HNO/Mund-Kiefer-Gesichtsonkologie)**
- AIO (AG Internistische Onkologie)**
- AOP (AG Onkologische Pathologie)**
- AOT (AG Onkologische Thoraxchirurgie)**
- APO (AG Pädiatrische Onkologie)**
- APM (AG Palliativmedizin)**
- APRIO (AG Prävention und Integrative Medizin)**
- ARO (AG Radiologische Onkologie)**
- ASORS (AG Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin)**
- AUO (AG Urologische Onkologie)**
- CAO (Chirurgische AG Onkologie)**
  - Ich bin Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
- CAO-V (Chirurgische AG Onkologie-Viszeralchirurgie)**
- KOK (Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege)**
- OPH (AG für Onkologische Pharmazie)**
- NOA (Neuro-Onkologische Arbeitsgemeinschaft)**
- POA (Pneumologisch-Onkologische AG)**
- PSO (AG für Psycho-Onkologie)**

**Jahresbeitrag (entsprechend beruflicher Position ankreuzen):**

- 140 Euro Leitende Ärzte/Ärztinnen und Wissenschaftler/Wissenschaftlerinnen, Institutsleiter/Institutsleiterinnen, niedergelassene Ärzte/Ärztinnen
- 90 Euro Oberärzte/-ärztinnen,
- 70 Euro Assistenzärzte/-ärztinnen, Wissenschaftler/Wissenschaftlerinnen, Psychologen/ Psychologinnen und andere akademische Berufsgruppen
- 30 Euro studentische Mitglieder und Pflegeberufe, Arbeitslose, Mitglieder in Elternzeit

**Zahlungsart**

- Überweisung - **Frankfurter Sparkasse, BLZ 500 502 01, Konto-Nr. 200238299**  
Nicht zutreffendes bitte streichen:  
Bitte senden Sie die Rechnung an meine DIENST-/PRIVATANSCHRIFT.
  
- Einzugsverfahren - Bitte füllen Sie nachstehende Einzugsermächtigung aus:

**Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Deutsche Krebsgesellschaft e. V. widerruflich, ab \_\_\_\_\_ (Datum der 1. Einziehung) die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen \_\_\_\_\_

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres nebenstehend angegebenen Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. **Einen wegen der obigen Zahlungsverpflichtungen erteilten Dauer-auftrag werde(n)/habe(n) ich/wir widerrufen.**

**Angaben zum Konto**

Kontoinhaber Name(n)/Ort	
_____	
_____	
Kreditinstitut (Bank/Sparkasse)	
_____	
_____	
Konto-Nummer	Bankleitzahl
_____	_____

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum      Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s)