

# Mitgliedsantrag

Die Orthopädinnen e.V.

(Bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen!)



Die Orthopädinnen e.V.

Das Netzwerk

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tätigkeitsbereich:  Orthopädie  Unfallchirurgie

**Klinik-/Praxis-/Institutsadresse**  Bitte als Korrespondenzadresse verwenden

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ & Ort: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**Privatadresse**  Bitte als Korrespondenzadresse verwenden

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ & Ort: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Mit einer Veröffentlichung und Speicherung meiner elektronischen Daten im Internen Bereich der Homepage und im Mitgliedsverzeichnis des Vereins Die Orthopädinnen e.V. bin ich in einverstanden:

Hiermit stelle ich den Antrag auf Mitgliedschaft im Verein Die Orthopädinnen e.V., dessen Satzung ich anerkenne. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten in das Mitgliederverzeichnis aufgenommen, elektronisch gespeichert und für Vereinszwecke verwendet werden. Ich versichere, die mir im Gegenzug zur Einsicht stehenden Daten nicht ohne Zustimmung an Dritte weiterzuleiten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Antragstellers (Mitgliedsantrag)

Den ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag senden Sie bitte an  
„Die Orthopädinnen e.V.“ Mülhausener Str. 20; 65203 Wiesbaden oder Fax.: 0611-24052436

## Einzugsermächtigung

Ich stimme zu, dass folgender Jahresbeitrag per Lastschriftverfahren von meinem Konto abgebucht wird:

Euro 40,- (ordentliches Mitglied)

Euro 25,- (außerordentliches Mitglied, bei jährlichem Nachweis)

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_ kontoführendes Institut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers (zur Zustimmung des Lastschriftverfahrens)

MITGLIEDSANTRAG DIE ORTHOPÄDINNEN E.V.

SEITE 1 VON 2

---

## Persönliche Angaben

### Universitätsausbildung:

Universität/ Ort: \_\_\_\_\_ von-bis \_\_\_\_\_

Universität/ Ort: \_\_\_\_\_ von-bis \_\_\_\_\_

Universität/ Ort: \_\_\_\_\_ von-bis \_\_\_\_\_

Jahr der Approbation: \_\_\_\_\_

### Facharztausbildung

Jahr	Ort	Klinik
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Angestrebter Facharzttitel: \_\_\_\_\_ geplant f. Jahr: \_\_\_\_\_

Erworbener Facharzttitel: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

Promotion: Thema: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

Habilitation: Thema: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

### Zusatzbezeichnungen

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

### Sonstige Mitgliedschaften in Berufsverbänden

\_\_\_\_\_

### Wissenschaftliche Interessensgebiete:

\_\_\_\_\_

### Teilnahme am Mentoring Netzwerk erwünscht?

Ja,  als Mentorin  als Mentée

Wünsche, Ziele, Themenvorschläge: \_\_\_\_\_

**Nein**, ich möchte nicht am Mentoring Netzwerk teilnehmen.

---

MITGLIEDSANTRAG DIE ORTHOPÄDINNEN E.V.

SEITE 2 VON 2

KONTAKTADRESSE: DIE ORTHOPÄDINNEN E.V. • MÜLHAUSENER STR.20 • 65203 WIESBADEN  
TELEFON 0611-51009050 • FAX 0611-24052436 • WWW.ORTHOPAEDINNEN.ORG • KONTAKT@ORTHOPAEDINNEN.ORG

BANKVERBINDUNG:

IBAN DE26 3006 0601 0007 6294 19 / BIC DAAEDED  
VEREINSSITZ MAINZ • VEREINSREGISTER AMTSGERICHT MAINZ NR. 40421