

# MITTELRHEINISCHE GESELLSCHAFT FÜR GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE

Herrn

**Prof. Dr. med. W. Weikel**

Schatzmeister der Mittelrheinischen Gesellschaft für

Geburtshilfe und Gynäkologie

Frauenklinik am Klinikum Ludwigshafen

Bremerstr. 79

67063 Ludwigshafen

weikelw@klilu.de

Fax: 06 21 – 5 03 32 71

## Aufnahmeantrag

Titel, Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Tätigkeit / Funktion:     Leitender Arzt     Oberarzt     Assistent     Niedergelassener Arzt

Dienstanschrift: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

**Ich bitte um Aufnahme als Mitglied in die Mittelrheinische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie.**

Unterschrift \_\_\_\_\_

---

Hiermit erteile ich der MGGG die Ermächtigung den jährlichen Mitgliedsbeitrag von 20,00 Euro von meinem Konto einzuziehen.

Name der Bank \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

(nur wenn abweichend vom Antragsteller)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift