



Deutsche Gesellschaft für Andrologie e.V.
Geschäftsstelle
Tzschimmerstraße 30
01309 Dresden

Änderungsmitteilung zur Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Andrologie e.V.

Persönliche Angaben

Nachname:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>
Titel:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Geburtsort:	<input type="text"/>
Nationalität:	<input type="text"/>

Berufliche Anschrift

Ggf. Institution:	<input type="text"/>		
Straße:	<input type="text"/>		
PLZ, Ort:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>	Telefax:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>		

Private Anschrift

Straße:	<input type="text"/>		
PLZ, Ort:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>	Telefax:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>		

Bitte Email-Adresse / Anschrift für Korrespondenz festlegen!

Beruflich privat

Berufliche Tätigkeiten / Facharztstatus / Zusatzbezeichnungen etc.

Mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung dieser Daten gem. Art. 13 DSGVO im Rahmen der satzungsmäßigen Aufgaben der DGA e.V. bin ich einverstanden.

Ort/Datum Unterschrift Antragsteller/in _____

Auf der Homepage der Gesellschaft werden folgende Daten in das Mitgliederverzeichnis aufgenommen:
Name / Praxis-oder Klinikanschrift / Praxis- oder Klinik-Telefonnummer / Angaben zur Fachrichtung
Wenn Sie diesen Eintrag NICHT wünschen, teilen Sie uns dies bitte hier mit:

- Ich wünsche KEINEN Eintrag im Mitgliederverzeichnis.
- Ich wünsche die Aufnahme in die Andrologensuche auf der DGA Homepage.

Ich weiß, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ort/Datum Unterschrift Antragsteller/in _____

Ich willige ein, dass die Daten, die ich auf diesem Antrag zur Verfügung stelle, gem. Satzung der DGA an den Vorstand zur Begutachtung und zum Beschluss weitergereicht werden.