

# Aufnahmeantrag für die Mitgliedschaft in der Sektion B

Schicken Sie uns den Antrag per Post oder senden ihn als Fax.  
Telefon (030) 3 22 93 29-36 - Telefax (030) 3 22 93 29-22

**Deutsche Krebsgesellschaft e. V.**  
**Mitgliederverwaltung**  
**Kuno-Fischer-Str. 8**  
**14057 Berlin**

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Titel

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Position

## Privatanschrift

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Fax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

## Dienstanschrift

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

\_\_\_\_\_  
Abteilung

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Fax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Bitte senden Sie das Magazin „Forum“ und Schriftverkehr an meine

Dienstanschrift

Privatanschrift

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

**Empfohlen von folgendem Mitglied der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.:**

\_\_\_\_\_

## Aufnahmeantrag für die Mitgliedschaft in der Sektion B der DKG

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

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

**Aufnahmeantrag für die Mitgliedschaft in der Sektion B der DKG**

**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**

- Einzugsverfahren (bitte füllen Sie nachstehende Einzugsermächtigung aus)

**Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Deutsche Krebsgesellschaft e. V. widerruflich, ab dem

\_\_\_\_\_ (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 Dauerauftrag werde(n)/ habe(n) ich/wir widerrufen.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**Kontoangaben**

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Kontonummer

\_\_\_\_\_  
Bankleitzahl

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Bank/Sparkasse)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

- Überweisung **Frankfurter Sparkasse, BLZ 500 502 01, Konto-Nr. 200238299**

Bitte senden Sie die Rechnung an meine

Dienstanschrift

Privatanschrift