

Antrag auf Mitgliedschaft

Antrag auf Mitgliedschaft – Datenstammblatt

Die einmalige Aufnahmegebühr beträgt € 35,00, der derzeitige Jahresbeitrag beträgt € 90,00. Die Satzung der DGfW e.V. können Sie auf unserer Homepage unter www.dgfw.de einsehen. Wir bitten Sie um vollständige Angaben. Dies ermöglicht uns eine optimale Betreuung und stellt sicher, dass Sie alle Informationen rechtzeitig erhalten.

Zutreffendes kreuzen Sie bitte an. Können Angaben nicht gemacht werden, tragen Sie bitte ein: nicht vorhanden (nv).

Herr Frau

Anrede

Akad. Titel

Geburtsdatum

Name

Vorname

Privatadresse (erforderlich)

Dienstadresse

Straße, Nr.

Einrichtung (Name des Klinikum – der Klinik – der Abteilung)

Postfach

Straße, Nr.

PLZ

Ort

PLZ

Ort

Land

Land

Telefon

Fax

Telefon

Fax

Persönliche E-Mail – Voraussetzung für den Zugang zum internen Mitgliederbereich

E-Mail

Bitte senden Sie die **Post** an meine

Privatadresse

Dienstadresse

Berufsausübung als

Angestellter

Selbständiger

freier Mitarbeiter

Berufsgruppe/Tätigkeit

Sonstige

Ich habe Interesse an **aktiver Mitarbeit in Arbeitsgruppen**

Ja

Nein

Meine Interessen sind:

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Entwicklung von Standards und Leitlinien

Forschung und Evidence-based medicine

Kriterien Wundkompetenzzentren

EDV-gestützte Wunddokumentation

Versorgungs- und Vergütungsstrukturen

Internetpräsentation

Zeitschrift für Wundheilung, Newsletter

Ich bin Mitglied in anderen **Fachgesellschaften**

Ja

Nein

Fachgesellschaften

Ich bin Mitglied in einem **Wundnetz, Wundzentrum, Wundzirkel oder ähnliches** *

Ja

Nein

Ich bin an der Mitarbeit in einem Wundnetz interessiert *

Ja

Nein

Ich habe Interesse, ein Wundnetz zu gründen

Ja

Nein

* Wenn ja, bitte Name und Region angeben:

Name und Region

Bestätigung

Ort

Datum

Unterschrift