



bitte zurück an den Generalsekretär des DSÄ : ..... Dr. Wilhelm Siepe

Herrn Dr. W. Siepe  
= persönlich =

Eigelstein 103  
50668 Köln

### **Beitrittserklärung**

Name .....

Anschrift .....

Lebenslange  
Arzt Nummer .....

Tätigkeit ..... E - mail .....

Tel Praxis ..... Fax .....

Tel privat ..... Fax privat .....

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den DSÄ. Der Jahresbeitrag beträgt 60,- € und ist für das laufende Kalenderjahr zu entrichten.

.....  
Ort Datum ..... Unterschrift

### **Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige ich, ..... den DSÄ,  
den Jahresbeitrag in Höhe von € 60,- widerruflich einmal jährlich von  
meinem Konto abzubuchen.

Kontonr. ....

BLZ .....

Institut .....

Name / Anschrift d. Kontoinhabers, falls vom o.g. abweichend :

.....

.....  
Ort Datum ..... Unterschrift