



## Bescheinigung für den ermäßigten DGH-Mitgliedsbeitrag im Jahr \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular an:

DGH – Mitgliederverwaltung | c/o Intercongress GmbH | Ingeborg-Krummer-Schroth-Str. 30 | 79106 Freiburg  
dgh-mitgliederverwaltung@intercongress.de | Tel. 0761 69699-241 | Fax 0761 69699-11

**Hinweis: Diese Bescheinigung ist jedes Jahr unaufgefordert bis spätestens 31. Januar einzureichen. Andernfalls wird der reguläre Beitrag in Höhe von 180,00€ erhoben und nicht zurückerstattet.**

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Titel

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnr.

\_\_\_\_\_  
E-Mailadresse

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### Hiermit bescheinige ich, dass

### Beitrag

<input type="checkbox"/> ich als Studierender (m/w/d) immatrikuliert bin (bitte Nachweis beifügen).	<b>0 €</b>
<input type="checkbox"/> ich zum _____ in den Ruhestand eintrete (einmalig einzureichen).	<b>0 €</b>
<input type="checkbox"/> ich mich in diesem Jahr in Elternzeit befinde (bitte Nachweis beifügen).	<b>30 €</b>
<input type="checkbox"/> ich aktuell arbeitslos gemeldet bin (bitte Nachweis beifügen).	<b>30 €</b>
<input type="checkbox"/> ich als Assistenzarzt/-ärztin (m/w/d) in Weiterbildung tätig bin (bitte Beschäftigungsnachweis beifügen).	<b>100 €</b>
<input type="checkbox"/> ich als Arzt, Facharzt, Chefarzt (m/w/d) ohne Zusatzbezeichnung Handchirurgie tätig bin.	<b>100 €</b>
<input type="checkbox"/> ich als Niedergelassener Arzt (m/w/d) ohne Zusatzbezeichnung Handchirurgie tätig bin.	<b>100 €</b>

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



\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin**