

ABD

ARBEITSGEMEINSCHAFT
FÜR BERUFS- UND UMWELTDERMATOLOGIE e.V.
IN DER DEUTSCHEN DERMATOLOGISCHEN GESELLSCHAFT



SEKRETARIAT:
UNIVERSITÄTSKLINIKUM HEIDELBERG
HAUTKLINIK
BERUFSDERMATOLOGIE
VOSSSTR.2
D- 69115 HEIDELBERG
TEL.: 06221/56 8752
FAX: 06221/ 56 5584

ABD – Vossstraße 2 – D-69115 Heidelberg

e-mail: sekretariat@abderma.org

Frau
Prof. Dr. Elke Weisshaar
Schriftführerin der ABD
HAUTKLINIK
Berufsdermatologie
Voßstraße 2
D-69115 Heidelberg

Name: _____ Vorname: _____ Akad. Titel: _____

Qualifikation: _____

Dienstanschrift:

Institution: _____

Strasse: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Privatanschrift:

Straße _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Hiermit stelle ich den **Antrag auf Aufnahme in die Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie in der DDG** als

- ordentliches Mitglied (EUR 50,--)
(Voraussetzung: Hautärzte und Ärzte anderer Fachgebiete mit mind. zweijähriger dermatolog. Weiterbildung)
- außerordentliches Mitglied (EUR 50,--)
(Voraussetzung: Ärzte und/oder auf dem Gebiet der Berufsdermatosen Tätige anderer Fachgebiete)
- Ärzte in Ausbildung und Ärzte im Ruhestand (außerordentliche Mitglieder) (EUR 25,--)
- förderndes Mitglied
(Voraussetzung: natürliche oder juristische Personen, welche die Gesellschaft ideell und materiell fördern)

Bitte Fotokopie der entsprechenden Zeugnisse beifügen.

Vorsitzender: Prof. Dr. med. C. Skudlik, Universität Osnabrück, D-49090 Osnabrück Tel.: 0541/4051820
Stellv. Vorsitzender: Prof. Dr. med. A. Bauer, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden
Schriftführer: Prof. Dr. E. Weisshaar, Universitätsklinikum Heidelberg, D-69115 Heidelberg, Telefon 06221/568752
Stellv. Schriftführer: Prof. Dr. M. Fartasch, BGFA Ruhr-Universität Bochum, Tel. 0234/302 4545
Schatzmeister: Dr. U. Schumacher-Stock, Hautärztin, 10707 Berlin, Telefon 030/88773915
Beisitzer: PD Dr. H. Dickel, Bochum, Prof. T.L.Diepgen, Heidelberg, Dr. S. Schliemann, Jena, Dr. H. Rast, Luzern, Dr. A. Schlieter, Ludwigshafen,
PD Dr. A. Thielitz, Haldensleben, Prof. M. Worm, Berlin
Kassenprüfer: Prof. Dr. W. Wehrmann, Münster; Dr. med. S. Molin, Kingston CAN

Zur Vervollständigung unserer Unterlagen bitten wir, die folgenden Fragen zu beantworten:

Berufsausbildung/Werdegang: _____

Ich bin überwiegend tätig als

Dermatologe in Klinik Praxis

Betriebsmediziner Arbeitsmediziner

andere Tätigkeit _____
welche

Den jährlichen Mitgliedsbeitrag der ABD, wie er von der Mitgliederversammlung festgelegt worden ist, werde ich abbuchen lassen, bzw. auf das Vereinskonto (Kto. Nr. 116 715 Deutsche Bank Siegen BLZ 460 700 90) überweisen.

Ort, Datum

Unterschrift

ABD

ARBEITSGEMEINSCHAFT
FÜR BERUFS- UND UMWELTDERMATOLOGIE e.V.
IN DER DEUTSCHEN DERMATOLOGISCHEN GESELLSCHAFT



SEKRETARIAT:
UNIVERSITÄTSKLINIKUM HEIDELBERG
HAUTKLINIK
BERUFSDERMATOLOGIE
VOSSSTR.2
D- 69115 HEIDELBERG
TEL.: 06221/56 8752
FAX: 06221/ 56 5584

ABD – Vossstraße 2 – D-69115 Heidelberg

Steuerberatungsgesellschaft
Hans Witten & Partner
z.Hd. Frau Neuhaus
Krummer Timpen 3
D-48249 Dülmen

e-mail: sekretariat@abderma.org

SEPA-Basislastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 86ZZZ00000219387
Mandatsreferenz: **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

Name: _____ Vorname: _____ Akademischer Titel: _____

Institution: _____ Strasse: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich ermächtige die Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie e.V. in der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag lt. Aufnahmeantrag **(Bitte entsprechend ankreuzen)**

in Höhe von EUR 25,00

in Höhe von EUR 50,00

von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: _____

Name des Kreditinstituts: _____

IBAN: _____

Datum und Unterschrift: _____

Vorsitzender: Prof. Dr. med. C. Skudlik, Universität Osnabrück, D-49090 Osnabrück Tel.: 0541/4051820
Stellv. Vorsitzender: Prof. Dr. med. A. Bauer, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden
Schriftführer: Prof. Dr. E. Weisshaar, Universitätsklinikum Heidelberg, D-69115 Heidelberg, Telefon 06221/568752
Stellv. Schriftführer: Prof. Dr. M. Fartasch, BGFA Ruhr-Universität Bochum, Tel. 0234/302 4545
Schatzmeister: Dr. U. Schumacher-Stock, Hautärztin, 10707 Berlin, Telefon 030/88773915
Beisitzer: PD Dr. H. Dickel, Bochum, Prof. T.L.Diepgen, Heidelberg, Dr. S. Schliemann, Jena, Dr. H. Rast, Luzern, Dr. A. Schlieter, Ludwigshafen,
PD Dr. A. Thielitz, Haldensleben, Prof. M. Worm, Berlin
Kassenprüfer: Prof. Dr. W. Wehrmann, Münster; Dr. med. S. Molin, Kingston CAN