

# ABD

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

ABD – Vossstraße 2 – D-69115 Heidelberg

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



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

e-mail: sekretariat@abderma.org

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 bei der Deutschen Bank Siegen (IBAN DE84 4607 0024 0011 6715 00) überweisen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# ABD

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

ABD – Vossstraße 2 – D-69115 Heidelberg

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



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

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