

Wir freuen uns über Ihr Interesse an der Mitgliedschaft in der Deutschen Hüftgesellschaft.
Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt - per Mail - an die DHG-Geschäftsstelle.

Beitrittserklärung

Ich beantrage die Aufnahme in die Deutsche Hüftgesellschaft e.V. (DHG) – Jahresbeitrag: € 100,00.

Einen Lebenslauf, unter besonderer Berücksichtigung meiner hüftspezifischen Qualifikation, füge ich bei.
Zudem erfülle ich eine der nachstehenden Bedingungen:

- Beigefügtes Motivationsschreiben (1/2 DIN-A-4-Seite) als Kopie/Scan
- Nachweis der Erlangung des DHG-Hüftzertifikates als Kopie/Scan
- Empfehlung durch 2 DHG-Präsidiumsmitglieder (Namen):

Name: _____ **Vorname:** _____

Titel: _____ **Dienststellung:** _____

Facharzt für: _____

Dienstadresse:
Klinikbezeichnung inkl. Abt. _____

bzw. Praxisname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon dienstl.: _____

E-Mail dienstl. (obligatorisch) _____

Privatadresse:
Straße, Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Mobil privat: _____

E-Mail privat: _____

Geburtsdatum: _____

Ort, Datum _____ **Unterschrift** _____