

Förderverein GATE Berlin-Brandenburg e.V.
c/o. PD Dr. med. N. Bethge
Promenadenstraße 3-5
12207 Berlin



Bitte per Fax an 030-30354359

Berlin, den

Mitgliedsantrag

Ich möchte Mitglied des Fördervereins GATE Berlin-Brandenburg e.V. werden.

Name: _____

Vorname: _____

Titel: _____

Klinik: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Fachrichtung: _____

Ein Mitgliedsbeitrag wird nicht erhoben. Der Förderverein ist gemeinnützig, so dass dementsprechend auch keine Gewinne erzielt werden.

Die im Aufnahmeantrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift und Email sind allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Mitgliedschaftsverhältnisses notwendig und erforderlich und werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben. Die Datenschutzinformation gemäß Art. 12 ff DSGVO sind auf unserer Homepage hinterlegt und einzusehen.

.....
Datum, Unterschrift

Förderverein GATE Berlin-Brandenburg (Gastroenterologie Ausbildung Training Endoskopie)

Vorstand:

PD Dr. med. W. Heise
Dr. med. G. Niemann
Dr. med. Ch. Jürgensen
PD Dr. med. N. Bethge

Sekretariat:

Frau B. Niemer
Charité Campus Benjamin Franklin
Hindenburgdamm 30
12203 Berlin
Tel.: 0171/8864923
Fax.: 030/8441 1308
E-Mail: brigitta.niemerr@charite.de