

Förderverein GATE Berlin-Brandenburg e.V.
Schlosspark-Klinik
Frau Katja Scheiner
Heubnerweg 2
14059 Berlin



Per Fax an 030/3264 1300

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:

Dr. R. Tschöpe
Dr. A. Raatz
Dr. C. Jürgensen
PD Dr. C. Bojarski

Sekretariat:

Frau K. Scheiner
Schlosspark-Klinik
Heubnerweg 2
14059 Berlin
Tel.: 0176/51596078
Fax.: 030/3264-1300
E-Mail: k.scheiner-gate-berlin-brandenburg@web.de