

Aufnahmeanträge im Original und Kündigungen  
senden Sie bitte schriftlich an:

**Prof. Dr. med. Wolfgang Pfoerringer**

Theatinerstraße 1, 80333 München

Telefon: 089 / 25 55 39 40

Fax: 089 / 29 16 07 81

E-Mail: [info@prof-pfoerringer.de](mailto:info@prof-pfoerringer.de)

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die ordentliche Mitgliedschaft in der  
Deutschen Vereinigung für Orthopädische Sporttraumatologie (DVOST) zum .....

.....  
Vor- und Nachname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Berufsbezeichnung

.....  
E-Mail-Adresse

**Privat:**

**Praxis oder Dienststelle:**

Anschrift

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

Telefon:

.....

.....

Fax:

.....

.....

Bisherige sportmedizinische praktische und wissenschaftliche Aktivitäten:

.....

Liquidationsberechtigt:  ja  nein

Ich erteile hiermit mein Einverständnis dazu, dass der Jahresbeitrag in Höhe von 60,- € für Nicht-Fachärzte  
und 120,- € für Fachärzte im Rahmen des Bankeinzugsverfahrens von meinem Konto abgebucht wird.

.....  
Name der Bank

.....  
IBAN

.....  
BIC

Falls kein Bankeinzug erwünscht ist, erfolgt eine Rechnungsstellung zzgl. 10,- € Bearbeitungsgebühr per Post.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift / Stempel