

**Deutschsprachige Vereinigung für  
Orthopädische Sporttraumatologie (DVOST)**

c/o Martin Maleck  
Präsident DVOST  
Orthopädie Spital Thusis  
Alte Strasse 31  
CH 7430 Thusis  
E-Mail: info@dvost-orthopaedie.de



Aufnahmeanträge senden Sie bitte entweder  
schriftlich an obige Adresse oder per E-Mail an:

**Dr. med. Antje Graf**  
Schriftführerin DVOST  
E-Mail: antje@dr-med-graf.de

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die ordentliche Mitgliedschaft in der Deutschsprachigen Vereinigung für Orthopädische Sporttraumatologie (DVOST):

Vor- und Nachname (mit Titel)	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Berufsbezeichnung	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>

Liquidationsberechtigt  ja -  nein

Ich erteile hiermit mein Einverständnis dazu, dass der Jahresbeitrag im Rahmen des Bankeinzugsverfahrens von meinem Konto abgebucht wird (derzeit 60,- € für Nicht-Fachärzte und 120,- € für Fachärzte):

Name der Bank	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>

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

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel