

## **Aufnahmeantrag**

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular an:  
VSOU – Geschäftsstelle  
c/o Intercongress GmbH  
Ingeborg-Krummer-Schroth-Str. 30  
79106 Freiburg  
[vsou-geschaeftsstelle@intercongress.de](mailto:vsou-geschaeftsstelle@intercongress.de)

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen e.V.:

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Titel

### **Bitte Privatanschrift angeben:**

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnr.

\_\_\_\_\_  
E-Mailadresse (für Korrespondenz zwingend anzugeben)

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon, Fax

\_\_\_\_\_  
Land

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Mitglieder erhalten die Organzeitschrift *OUP Zeitschrift für die orthopädische und unfallchirurgische Praxis* kostenlos zugeschickt sowie einen persönlichen Online Zugang zur Zeitschrift.  
Der Versand erfolgt an oben angegebene Privatanschrift.

<input type="checkbox"/> Ich wünsche den Versand der OUP an eine alternative Postadresse:	
_____ Institut, Klinik, Praxis	
_____ Straße und Hausnr.	_____ PLZ, Ort und Land

Der Antragsteller/ die Antragstellerin bestätigt weiterhin sein/ihr Einverständnis, vom Deutschen Ärzteverlag einen OUP-Newsletter per Mail zu erhalten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin

## Aufnahmeantrag

### Mitgliedsbeitrag:

Die Entrichtung des Mitgliedsbeitrages erfolgt per Bankeinzug.

- € 120 (Jahresbeitrag)** Niedergelassene/r Arzt/Ärztin, Angestellte/r (Deutschland)
- € 125 (Jahresbeitrag)** Niedergelassene/r Arzt/Ärztin, Angestellte/r (Ausland)
- € 50 (ermäßigter Jahresbeitrag)** Assistenzarzt/ärztin (mit Bescheinigung)
- kostenlos** Student/in (mit Immatrikulationsnachweis)

### Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen

Die Intercongress GmbH-Gläubiger-ID lautet DE15ZZZ 000 004 457 05.

Ihre Mandatsreferenz erhalten Sie mit Ihrer Rechnung/ Buchungsbestätigung.

Ich ermächtige die Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU) e.V., die wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der VSOU e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname des Kontoinhabers / der Kontoinhaberin

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift