

DGOU e. V.  
Mitgliederverwaltung  
Straße des 17. Juni 106-108  
10623 Berlin

An:  
**mitglieder@dgou.de** oder per Post

## Bescheinigung für den ermäßigten Beitrag 2024

(Jährlich bis spätestens 31.03. einzureichen; Ist keine Ermäßigungsbescheinigung eingegangen, wird der reguläre Beitrag in Höhe von 200 € erhoben. Eine Rückerstattung kann nicht erfolgen!)

Hiermit wird bescheinigt, dass

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ MG-Nr. \_\_\_\_\_

Klinik/Praxis/  
Institution: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

in unserem Haus beschäftigt ist als

Mitgliedschaft in

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Student/Studentin (0 €)  | <input type="checkbox"/> DGOU  |
| <input type="checkbox"/> Assistenzarzt/-ärztin in der 1. Weiterbildung (50 €)*                                | <input type="checkbox"/> DGOOC |
| <input type="checkbox"/> (Fach)arzt/-ärztin ohne leitende Funktion (100 €)*                                   | <input type="checkbox"/> DGU   |
| <input type="checkbox"/> (Fach)arzt/-ärztin ohne leitende Funktion in Zusatzweiterbildung (100 €)*            |                                |
| <input type="checkbox"/> Funktionsoberarzt/-ärztin (100 €)*   |                                |
| <input type="checkbox"/> Angestellte/Angestellter in nichtärztlicher Tätigkeit ohne leitende Funktion (50 €)* |                                |

\* Bei Nichtteilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren erhöht sich der jeweilige Mitgliedsbeitrag um 10 EUR.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift der ärztlichen Leitung  
(NUR GÜLTIG MIT STEMPEL!)

\_\_\_\_\_  
In Klarschrift Titel, Vorname, Name des/der Vorgesetzten