

# Beitrittsantrag

**Ich möchte Mitglied der Berliner Chirurgischen Gesellschaft - Vereinigung der Chirurgen Berlins und Brandenburgs werden und beantrage die Aufnahme gemäß § 6 Abs.1 der Satzung.**

An den Schriftführer der  
Berliner Chirurgischen Gesellschaft  
Herrn **Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller**  
Zentrum für Allgemein- und Viszeralchirurgie  
**DRK-Kliniken Westend**  
**Spandauer Damm 130**  
**14050 Berlin**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Anrede:

Frau / Herr

Titel:

Vorname:

Geburtsdatum:

Name:

Dienststellung/Tätigkeit:

Dienstl.  
Anschrift:

PLZ, Ort:

Telefon:

Hauptanschrift

Private  
Anschrift:

PLZ, Ort:

Telefon:

Hauptanschrift

E-mail:

Mitteilungen: