

# A R O Assoziation für Orthopädische Rheumatologie e. V.

Sektion der DGOU

## Aufnahmeantrag

Hiermit stelle ich den Antrag, als **ordentliches** (§4 Abs. 1 der Satzung) - **außerordentliches** (§4 Abs. 2)

Mitglied in die ARO aufgenommen zu werden (Zutreffendes bitte unterstreichen)

### ***Ich bitte um folgenden Eintrag in die ARO-Mitgliederdatei***

*(Bitte in Druckschrift ausfüllen!)*

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

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

Berufsadresse **oder** Privatadresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

Weiterbildung im Fach Orthopädie (wo?): \_\_\_\_\_

Gebiets-, Teilgebiets-, oder Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

### **Letzte Tätigkeit:**

In eigener Praxis: \_\_\_\_\_

Im Krankenhaus: \_\_\_\_\_

*(Bitte Namen und Fachgebiet angeben)*

Als Assistenzarzt: [ ] in der Weiterbildung, voraussichtlich abgeschlossen bis \_\_\_\_\_

[ ] mit abgeschlossener Weiterbildung

[ ] Chefarzt [ ] Oberarzt [ ] Ärztlicher Direktor [ ] Im öffentl. Gesundheitswesen

Bitte Arbeitsgebiet und Dienststelle angeben: \_\_\_\_\_

Sonstige Tätigkeiten: \_\_\_\_\_

Frühere Ämter, Tätigkeiten von besonderem Interesse: \_\_\_\_\_

Mitgliedschaften in anderen ärztlichen Gesellschaften oder Berufsorganisationen, welche? \_\_\_\_\_

[ ] Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Personalien in das Mitgliederverzeichnis aufgenommen werden und dieses Verzeichnis mit meinen Personalien versandt wird. Ferner stimme ich zu, dass der Jahresbeitrag von € 50,- per Einzugsverfahren von meinem Konto abgebucht wird.

[ ] Ich erkläre mich mit der Einstellung meiner Adressdaten auf den Internetseiten der ARO ([www.orthopaedische-rheumatologie.de](http://www.orthopaedische-rheumatologie.de)) einverstanden.

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Zur Aufnahme als Mitglied ist (gem. §5 der ARO-Satzung) ein formeller Antrag zu stellen. Auf dem Antragsformular muss der Antragsteller von 3 Mitgliedern des Vorstands durch deren Unterschrift empfohlen werden.

Falls bis 4 Wochen nach der Veröffentlichung dieses Antrags keine Einsprüche erfolgen, entscheidet der Vorstand formell über die Aufnahme,

Die Aufnahme von Frau/Herrn \_\_\_\_\_  
in die ARO wird von folgenden Mitgliedern des Vorstands der ARO befürwortet:

1. \_\_\_\_\_  
*Name* *Ort* *Unterschrift*

2. \_\_\_\_\_  
*Name* *Ort* *Unterschrift*

3. \_\_\_\_\_  
*Name* *Ort* *Unterschrift*

Ausgefüllten Antrag bitte zurücksenden an:

Herrn  
Prof. Dr. med. St. Rehart  
CA der Klinik f. Orthopädie und Unfallchirurgie  
AGAPLESION MARKUS-KH, Akad. Lehrkrhs. der Goethe Universität  
Wilhelm-Epstein-Str. 4  
60431 Frankfurt a. Main