

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

c/o Martin Maleck  
Präsident DVOST  
Via Sontga Clau 7  
7031 Laax  
[info@dvost-orthopaedie.de](mailto:info@dvost-orthopaedie.de)



Aufnahmeanträge senden Sie bitte entweder  
schriftlich an obige Adresse oder per mail an:

**Dr.med. Antje Graf**  
Schriftführerin DVOST  
[antje@dr-med-graf.de](mailto: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)

.....  
Geburtsdatum

.....  
Berufsbezeichnung

.....  
E-Mail-Adresse

.....  
Anschrift;  
.....  
.....

.....  
Telefon:  
.....

Liquidationsberechtigt:  ja  nein

Ich erteile hiermit mein Einverständnis dazu, dass der Jahresbeitrag im Rahmen des Bankeinzugsverfahrens von meinem Konto abgebucht wird.  
(derzeit 60,- Euro für Assistenzärzte und andere Fachpersonen in Ausbildung, 120,- Euro für alle weiteren Mitglieder.)

.....  
Name der Bank

.....  
IBAN

.....  
BIC

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift / Stempel