



## AUFNAHMEANTRAG

(bitte in Druckschrift schreiben)

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

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

Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Fachgesellschaft:

DGMKG

DGKFO

DGPP

DGHNO-KHC

dbl

Sonstige: \_\_\_\_\_

Weiterbildungsassistent/in

### Anschrift Privat:

Straße:

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort:

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Anschrift Dienststelle/Praxis:

Institution:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Straße:

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort:

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Ich erkenne die Geschäftsordnung an** (einzusehen unter [www.ak-lkg.de](http://www.ak-lkg.de))  
**und bitte um Aufnahme in den Deutschen Interdisziplinären Arbeitskreis  
Lippen-Kiefer-Gaumenspalten/Kraniofaziale Anomalien  
German Cleft Palate Craniofacial Association (GCPA).**

Mit dieser Mitgliedschaft erwerben Sie gleichzeitig die Mitgliedschaft im dLKG-Förderverein e.V.%.  
Der dLKG-Förderverein e.V.%erhebt einen jährlichen Mitgliedsbeitrag von 50,00 ".  
Darin eingeschlossen ist der Beitrag für den Besuch des jährlichen Symposions.

(über die Aufnahme entscheidet der Vorstand)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift