

Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.  
Geschäftsstelle  
Friedrich-Ebert-Straße 124  
34119 Kassel

**Antrag auf Mitgliedschaft in der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V.**  
**Für Anträge auf Mitgliedschaft als Beratungsstelle gibt es gesonderte Vordrucke.**

Hiermit bitte ich um Aufnahme als Mitglied in die Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.

**Jahresbeitrag Euro 35,--**

- Arzt/Ärztin; Fachrichtung \_\_\_\_\_  
 Apotheker(in)       Ambulanter Pflegedienst  
 Sanitätsfachhändler(in)     Physiotherapeut/Krankengymnast(in)

**Jahresbeitrag Euro 20,--**

- Pflegekraft       MTA       Ass.-Arzt./Ärztin (mit Nachweis)

**Jahresbeitrag Euro 15,--**

- Betroffene(r)/Angehörige(r)

**korporativ (Beitrag auf Anfrage)**

- Sanitätsbetrieb       Verband       Reha-Kliniken       Sonstige

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

---

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V. meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag von untenstehendem Konto einzuziehen.

Kontonummer \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Geldinstitut \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_