

Antrag auf Mitgliedschaft



DGS Deutsche Gesellschaft für
Schmerzmedizin e.V.
German Pain Association · Société Allemande de la Douleur

Anrede: Titel: Vorname: Name:

Geburtsdatum: Beruf: Fachrichtung:

Privatanschrift

Straße: Haus-Nr.:

PLZ: Ort: Bundesland:

pers. E-Mail: Mobiltel. Nr.:

Dienstanschrift

Name Dienstsitz:

Straße: Haus-Nr.:

PLZ: Ort: KV-Bereich:

Telefon: Fax:

E-Mail:

Schriftwechsel senden an: **Privatanschrift** **Dienstanschrift** **Email für Vereins-Infos/ Newsletter verwenden** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Mitgliedsbeitrag beträgt pro Kalenderjahr: (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Naturwissenschaftler, Apotheker	€ 200,-
Assistenzärzte (Sonderermäßigung gilt für 2 Jahre) (bitte Nachweis vorlegen)	50 %
Angehörige medizinischer Assistenz- und Pflegeberufe	25 %
Weiterbildungsassistenten in Mitgliedspraxen / -einrichtungen für die Dauer der Weiterbildung (bitte Nachweis vorlegen und Mitgliedsnummer angeben _____)	frei
Studenten / Arzt im Praktikum und praktisches Jahr (bitte entsprechende Nachweise vorlegen)	frei
Angehörige medizinischer Assistenz u. Pflegeberufe in DGS-Mitgliederpraxen (bitte Mitgliedsnummer oder Mitgliedsarzt angeben _____)	frei
Neu-Mitglied im Ruhestand (mit Nachweis die ersten 5 Jahre 50%, danach beitragsfrei)	50%

Gemäß §28 des Bundesdatenschutzgesetzes informieren wir Sie, dass Ihre personenbezogenen Daten in unserer EDV ausschließlich nur für den Vereinszweck gespeichert und verarbeitet werden, soweit dies geschäftsnotwendig und im Rahmen des DGS e. V. zulässig ist.

Ort, Datum Unterschrift

Ermächtigung zum Einzug der Mitgliedsbeiträge mittels SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE31ZZZ00000746893; Mandatsreferenz (wird Ihnen vor dem ersten Einzug schriftlich mitgeteilt)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die **Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e. V.**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der **Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e. V.** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich kann dieses Lastschriftmandat jederzeit widerrufen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

D E _____

IBAN

Kreditinstitut (Name und BIC)

Ort, Datum Unterschrift

Sie können diese Schreiben auch senden:

per Fax: 030 22 18 53 42

per E-Mail: mitglieder@dgschmerzmedizin.de

DGS e.V.
Lennéstr. 9
10785 Berlin

Rücksendung Antrag auf Mitglied DGS e.V.

Sehr geehrte Damen und Herren,
mit diesem Brief erhalten Sie meinen ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag.

Mit freundlichen Grüßen
