

# Mitgliedsantrag



DGPharMed  
Deutsche Gesellschaft für Pharmazeutische Medizin e.V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der DGPharMed – Deutsche Gesellschaft für Pharmazeutische Medizin e.V. Bitte per Fax an 0211 417 439 149 oder E-Mail an [info@dgpharmed.de](mailto:info@dgpharmed.de)  
**Jahresbeitrag 130,00 Euro\* Studierende, Auszubildende und Rentner zahlen 25,00 Euro.**

\*Voraussetzung ist die Teilnahme am Lastschrifteneinzug, wofür eine Einzugsermächtigung benötigt wird.

Name, Vorname			
Adresse			
Telefon		Fax	
E-Mail			
Approbation als Arzt/Ärztin (Humanmedizin)	Ort	Datum	
Andere Hochschulausbildung	Art der Ausbildung	Ort	Datum
	Art des Abschlusses	Ort	Datum
Titel	Bezeichnung	Ort	Datum
Student/Studentin in (Nachweis erforderlich, bitte beifügen)			
Rentner/Rentnerin (Nachweis erforderlich, bitte beifügen)			

Meinen **beruflichen Lebenslauf** sowie die entsprechenden **Nachweise meiner Hochschulausbildung** (Kopie der Hochschulabschluss- bzw. Approbationsurkunde sowie ggf. der Promotion) habe ich beigelegt. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten gespeichert und in einem Mitgliederverzeichnis aufgeführt werden. Ich versichere, dass ich obige Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe und bitte um die Aufnahme in die DGPharMed. Die Satzung der Gesellschaft erkenne ich an. Die Mitgliedschaft kann mit einer Frist von sechs Wochen zum Jahresende gekündigt werden.

Der Jahresbeitrag wird per nachstehender Einzugsermächtigung beglichen. Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 90 ZZZ 0000 290 901

## Einzugsermächtigung (gilt nur innerhalb von Deutschland)

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Gesellschaft für Pharmazeutische Medizin e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Jahresbeiträge bei Fälligkeit zulasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung, ggf. anfallende Gebühren für die Rücklastschrift werden durch den Antragsteller getragen.

IBAN	BIC
------	-----

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel