

Antrag auf Mitgliedschaft

Titel | Vorname | Name

Geburtsdatum

Beruf

Studierende geben bitte hier ihr Studienfach an

Anschrift

privat

dienstlich

Straße | Hausnummer

Institution | Abteilung

PLZ | Ort

Straße | Hausnummer

E Mailadresse

PLZ | Ort

E Mailadresse

Bitte beschreiben Sie hier den Bezug Ihrer Tätigkeit zu Public Health:

Ich interessiere mich für die Mitarbeit in einem der bestehenden Fachbereiche bzw. schlage die Neugründung folgenden Fachbereichs vor:

Forschung Global Health

Ihr
Vorschlag

Lehre Studierende

Bitte eintragen

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in einer Anwendung zur Mitgliederverwaltung auf einem Server in Deutschland verwaltet und nur zu satzungsgemäßen Zwecken verwendet werden. Dieses sind insbesondere die Mitgliederverwaltung, der Einzug der Beiträge sowie die Kommunikation miteinander. Die von mir hinterlegte E-Mailadresse wird ferner in Mailinglisten auf einem Server in Deutschland eingetragen, die den Versand des DGPH-Newsletters sowie den Austausch innerhalb und zwischen den Fachbereichen, in denen Sie mitarbeiten, erleichtern. Sie können diese Listen jederzeit abbestellen, indem Sie eine E-Mail an unser Sekretariat senden (sekretariat@dg-public-health.de).

Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Gesellschaft für Public Health den jährlichen Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines nachstehend bezeichneten Kontos einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt aktuell für institutionelle Mitglieder 100 Euro, für individuelle Mitglieder 80 Euro und für Studierende 24 Euro (Immatrikulationsbescheinigung beifügen)

Bankverbindung

Bitte senden Sie den unterschriebenen Antrag per Post an:

Kontoinhaber*in

Geschäftsstelle der DGPH
z.Hd. Frau Prof. Dr. Faller
Hochschule für Gesundheit Bochum
Gesundheitscampus 6-8
44801 Bochum

Name des kontoführenden Instituts

Oder per Mail an:
sekretariat@dg-public-health.de

IBAN

BIC

Datum | Unterschrift

[nur vom Sekretariat der DGPH auszufüllen]

Aufnahmebeschluss durch den Vorstand

Datum

Unterschrift