



Deutsche Gesellschaft
für pädiatrische und adoleszente
Endokrinologie und Diabetologie

Deutsche Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie e.V. (DGPAED)

Aufnahmeantrag

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur **Deutsche Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED)**

Titel: _____ Name: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

Email (wichtig): _____

Dienstanschrift

bevorzugte Kontaktadresse: privat ____ dienstlich ____

Datenschutz

Informationen zu unseren Datenschutzpraktiken finden Sie auf unserer Website.

Mit der Zusendung erklären Sie sich mit der Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten einverstanden, sowie dass wir Ihnen per Mail Informationen zusenden.

Indem Sie den Antrag auf Mitgliedschaft in die DGPAED per Briefpost an die Geschäftsstelle der DGPAED senden, erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir Ihre Informationen in Übereinstimmung mit diesen Bedingungen verarbeiten dürfen.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Kalenderjahr (bitte ankreuzen): *

*
Ärzt:innen, Wissenschaftler:innen, Psycholog:innen 100 € ____
Beratungsberufe 40 € ____
Rentner:innen 50% des vorherigen Beitrages ____
Studierende frei ____
Fördermitglieder 200 € ____
*(vorbehaltlich der Zustimmung der MGV 02.11.23)

Der Beitrag wird aus Organisations- und Kostengründen per Bankeinzug eingezogen.

Das gesonderte Formular zum SEPA-Lastschriftmandat lege ich diesem Aufnahmeantrag bei.

Datum:

Unterschrift:

Bitte ausgefüllt und mit Unterschrift versehen per Post an:

PD Dr. med. Simone von Sengbusch

Deutsche Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED) e.V. Geschäftsstelle Berlin,
Chausseestraße 128/129, 10115 Berlin

Ermächtigung zum Einzug per Lastschriftverfahren

An (Zahlungsempfänger)

DGPAED e. V.
Geschäftsstelle
Chausseestraße 128/129
10115 Berlin

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen für den Jahresbeitrag der Deutsche Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED) bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos

(Ärzt:innen, Wissenschaftler:innen, Psycholog:innen 80 €, Beratungsberufe 40 €, Rentner:innen 50% des vorherigen Beitrages, Studierende frei, Fördermitglieder 200 €, vorbehaltlich der Zustimmung der MGV 2.11.23)

IBAN: _____

BIC: _____

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (s. o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Ort, Datum

Unterschrift(en)

Bitte ausgefüllt und mit Unterschrift versehen per Post an:

PD Dr. med. Simone von Sengbusch Deutsche Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED) e.V. Geschäftsstelle Berlin, Chausseestraße 128/129, 10115 Berlin