

An die  
DEUGE – Deutsche Gesellschaft für Gesundheit e.V.  
Geschäftsstelle  
Charlottenstr. 65  
D-10117Berlin

Fax-Nr.: (030) 66 31 30 66

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Gesundheit e.V. (DEUGE).

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel

/

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum / Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Praxis / Klinik / Firma / Organisation / Institution

\_\_\_\_\_  
Fachbereich / Position

/

/

\_\_\_\_\_  
Telefon privat / dienstlich

\_\_\_\_\_  
Fax privat / dienstlich

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Ich beantrage einen ermäßigten Mitgliedsbeitrag aus folgendem Grund: .....  
Über den Wegfall des Grundes werde ich die DEUGE umgehend informieren. (Bei Bedarf bitte Anlage beifügen.)

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 100 Euro, ermäßigt 50 Euro, pro Jahr und wird, sofern gewünscht, durch Lastschrift eingezogen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Gesellschaft für Gesundheit e.V. (DEUGE), die fälligen Mitgliedsbeiträge von meinem Konto abzubuchen.

**Zahlungsempfänger:** DEUGE – Deutsche Gesellschaft für Gesundheit e.V., Charlottenstr. 65, 10117 Berlin

\_\_\_\_\_  
Konto-Nr.BLZ

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

Diese Ermächtigung hat so lange Gültigkeit, bis ich sie der DEUGE e.V. gegenüber schriftlich widerrufe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten zu meiner Person über DV unter Berücksichtigung des Datenschutzgesetzes gespeichert werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.