

Antrag auf Mitgliedschaft

Die mit* gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

ANGABEN ZUR PERSON*

Anrede, Titel

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon

Fax

Mobiltelefon

E-Mail-Adresse

Ich bin mit der Aufnahme meiner E-Mail-Adresse in eine Verteilerliste der DGPPN zum Zwecke der Aussendung von DGPPN-Mitgliederinformationen per Newsletter einverstanden.

KORRESPONDENZANSCHRIFT*

Anschrift (privat)*

Anschrift (dienstlich, inklusive Klinikname/Praxis)

Lieferanschrift DER NERVENARZT

privat
Klinik/Praxis

BERUFSGRUPPE*

FA für Psychiatrie und Psychotherapie
FA für Nervenheilkunde
FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
FA für Neurologie
FA für eine andere med. Fachrichtung:

Ärztin/Arzt in Weiterbildung zum FA:

Psycholog. Psychotherapeut/in
Psychologin/Psychologe
andere akademische Berufsgruppe:

TÄTIG IN*

Fachkrankenhaus
Abteilung am Allgem.-Krankenhaus
Universitätsklinikum

Niederlassung/Praxis
in Elternzeit
arbeitssuchend

im Ruhestand
Sonstiges:

FUNKTION*

Assistenzarzt/ärztin
Oberarzt/ärztin
leitende/r Oberarzt/ärztin
ärztl. Direktor/in
Chefarzt/ärztin

Praxisinhaber/in
Psychologe/in
leitende/r Psychologe/in
angestellt in einer Praxis
nichtkurativ tätige/r wiss. Mitarbeiter/in

andere:

MITGLIEDSCHAFTEN (andere wissenschaftliche bzw. berufspolitische Verbände)

ACKPA	DGKJP	ÖGPP
BVDN	DGN	SGPP
BVDP	LIPPs	Sonstige: _____

BEITRAGSGRUPPE GEMÄSS BEITRAGSORDNUNG AB 01.01.2020 *

Angestellte/r Ärztin/Arzt, Psychologin/Psychologe (u.a. Assistenzärztin/Assistenzarzt)	190 Euro
Angestellte/r Ärztin/Arzt, Psychologin/Psychologe (u.a. leitende/r Oberärztin/Oberarzt, Chefärztin/Chefarzt)	290 Euro
Niedergelassene/r Ärztin/Arzt, Psychologin/Psychologe	290 Euro
im Ruhestand oder derzeit nicht berufstätig (bitte Nachweis beifügen)	140 Euro
Angehörige anderer akademischer Berufsgruppen werden in Analogie zu o.g. Gruppen eingestuft.	
Kooperatives Mitglied (Vereine, juristische Personen etc., je nach Größe der Organisation zwischen 250 Euro und 1000 Euro. Festlegung der Beitragshöhe für kooperative Mitglieder nach Mitgliederzahl.)	

DGPPN-MITGLIEDSCHAFT ABSCHLIESSEN

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und die Beitragsordnung der DGPPN an und bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich bin damit einverstanden, dass die DGPPN meine beruflichen Angaben für administrative Zwecke speichert und verarbeitet. Die Neumitgliedschaft in der DGPPN ermöglicht die kostenfreie Teilnahme am DGPPN Kongress im ersten Jahr der Mitgliedschaft. Die kostenfreie Kongressteilnahme ist an eine mindestens zwei Jahre dauernde Mitgliedschaft in der DGPPN gebunden. Ehemalige Mitglieder kommen erneut in den Genuss der oben genannten Regelung (kostenfreie Kongressteilnahme) wenn mindestens zwei Jahre zwischen der Kündigung (zum 31.12.) und einem Neuantrag auf Mitgliedschaft bestehen. Der Antrag auf Mitgliedschaft kann binnen 14 Tagen ab Vertragsschluss widerrufen werden. Dazu reicht eine Information an mitgliederservice@dgppn.de.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Zustimmung zur Datenspeicherung. Mit der Speicherung meiner Daten durch die DGPPN bin ich einverstanden. Diese Daten werden nur zu satzungsmäßigen Zwecken des Vereins verwendet; eine Weitergabe erfolgt nur an den Springer-Verlag für den Versand des Nervenarztes; die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Erteilung eines Sepa-Lastschriftmandats.

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die DGPPN (Gläubiger-ID: DE50ZZZ00000048345) widerruflich den jährlich anfallenden Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen Zahlungsdienstleister an, die von der DGPPN von meinem Konto eingezogenen 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 Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen. Anfallende Bankgebühren gehen zu Lasten des Mitglieds.

Kreditinstitut _____

Kontoinhaber (falls abweichend) _____

IBAN _____

BIC _____

Unterschrift _____