

Aufnahmeantrag

Für die Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Public Health e.V.

Angaben zur Person/Institution

Hinweis: Ihre persönlichen Daten dienen ausschließlich der Organisation und Kommunikation innerhalb der DGPH und werden nicht an Dritte weitergegeben!

(bitte in Blockbuchstaben ausfüllen)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Titel, akademischer Grad

Beruf (Studierende bitte Studienfach angeben)

Anschrift

Angaben zur Arbeitsstelle

Straße, Hausnummer

Name der Institution/Firma

PLZ, Wohnort

Straße, Hausnummer

E-Mail Adresse

PLZ, Ort

E-Mail Adresse

Bitte beschreiben Sie den Bezug Ihrer Tätigkeit zu Public Health:

Ich interessiere mich für eine Mitarbeit in folgenden Fachbereichen:

Forschung

Lehre

Global Health

Andere Themen: _____

Jahresbeitrag (bitte entsprechend ankreuzen):

- Individuelle Mitglieder: 80,00 Euro
- Studierende (bitte Nachweis beifügen): 24,00 Euro
- Institutionen: 100,00 Euro

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.

Kontoinhaber

Bankinstitut

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

Bitte senden Sie den unterschriebenen Antrag per Post an:

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

Oder per Mail an:

sekretariat@deutsche-gesellschaft-public-health.de

(Hinweis: Nur vom Sekretariat der DGPH auszufüllen!)

Aufnahmebeschluss

Frau/Herr _____ wurde mit Wirkung vom _____

durch den Vorstand der DGPH als Mitglied aufgenommen.

Datum

Unterschrift