

Antrag auf Mitgliedschaft

(Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen)

Titel | Vorname | Name

Geburtsdatum

Studienfach (Studierende bitte Beleg beifügen)

Institution | Abteilung bei der Sie arbeiten

Bitte beschreiben Sie den Bezug Ihrer Tätigkeit zu Public Health

Adresse

Straße | Hausnummer

PLZ | Wohnort

E-Mail Adresse

Datum

Unterschrift

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

Forschung Lehre Global Health Ihr Vorschlag

Bitte eintragen

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/in

IBAN

BIC

Datum

Unterschrift