

DGN – Geschäftsstelle • Reinhardtstr. 14 • D-10117 Berlin

Deutsche Gesellschaft für Neurologie
Geschäftsstelle
Reinhardtstr. 14
10117 Berlin

Prof. Dr. med. Otto Busse
Geschäftsführer
T +49 (0)30-531437930/-32
F +49 (0)30-531437939
E-Mail:mitglieder@dgn-berlin.org

www.dgn.org

Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Name, Vorname: _____ geb: _____

Titel: _____ seit: _____

(Bitte ankreuzen): Praxis – AiP – Ass.-Arzt – Oberarzt – Leitender Arzt – FA-Titel für:

_____ Ärztl. Approbation: _____

Adresse beruflich: _____

_____ Tel.: _____

_____ Fax: _____

Adresse privat: _____

_____ Tel.: _____

Weiterbildung zum Facharzt hpts.bei: _____

Referenz für die Aufnahme in die DGN: _____

Vom Inhalt der Satzung in der Neufassung vom 14.09.2007 habe ich Kenntnis genommen. Der Jahresbeitrag zur DGN beträgt € 100,00 Assistenzärzte und Ruheständler zahlen die Hälfte. Der Beitrag ist per Lastschriftverfahren zu zahlen. Für Mitglieder im Ausland besteht die Möglichkeit, per Scheck zu bezahlen.

Die Mitgliedschaft in der DGN beinhaltet den Pflichtbezug der Zeitschriften „Nervenarzt“ (12 Ausgaben/Jahr) und „Aktuelle Neurologie“ (10 Ausgaben/Jahr) zu einem Gesamtpreis incl. Inland-Porto von derzeit € 110,20. Bitte kündigen Sie evtl. bestehende Abonnements dieser Zeitschriften rechtzeitig. Der Betrag für den Zeitschriftenbezug ist zusammen mit dem Mitgliedsbeitrag jeweils Anfang des Jahres fällig. Die Zeitschrift InFoNeurologie&Psychiatrie erhalten Sie kostenfrei.

Bitte wenden

Erklärung zum Datenschutz:

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß nach meiner Aufnahme in die DGN meine beruflichen Daten

- für administrative Zwecke in elektronischer Form gespeichert werden,
- im Mitgliederverzeichnis der DGN aufgenommen werden.

Bitte ggf. ankreuzen:

Darüber hinaus willige ich ein, daß ggf. im öffentlich zugänglichen Verzeichnis im Internet (DGN-Server) publiziert werden

_____ Titel, Name, Berufsbezeichnung sowie:
_____ (berufliche) Adresse
_____ Telefon dienstlich
_____ Telefax dienstlich
_____ EMAIL-Adresse _____
_____ Link zur Homepage _____

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir als Mitgliedsbeitrag jährlich zu leistenden Zahlungen bei Fälligkeit im Lastschriftverfahren von meinem Konto

Nr. _____ Bankleitzahl _____

bei der _____
Name und Ort des kontoführenden Geldinstituts

abzubuchen.

Sollte mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweisen, so besteht von seiten des Geldinstituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Über Änderungen der Adresse oder Änderungen beim kontoführenden Geldinstitut werde ich die Deutsche Gesellschaft für Neurologie unverzüglich informieren.

Eine gesonderte Quittung für die Einzugsbeträge wird nicht ausgestellt. Bei Ihrer Steuererklärung bzw. gegenüber dem Finanzamt genügt die Angabe der Summe und im Falle der Steuerprüfung der entsprechende Kontoauszug als Beleg. Nur selten wird der Nachweis der Mitgliedschaft erforderlich. Den würden wir dann im Einzelfall aktualisieren.

Datum: _____

Unterschrift: _____

DGN-interne Vermerke:

Schatzmeister: _____

Schriftführer: _____

Vorstandssitzung: _____

Mitgliederversamml.: _____