



Durch das Ausfüllen der unten stehenden Felder können Sie die Mitgliedschaft in der DGP beantragen.

Ordentliche Mitglieder (mit akademischer Qualifikation) zahlen einen Jahresbeitrag von 110 €.

Ordentliche Mitglieder (ohne akademische Qualifikation) zahlen einen Jahresbeitrag von 55 €.

Assoziierte Mitglieder (Studenten, Ehrenamtliche) sowie Ruheständler zahlen einen Jahresbeitrag von 20 €.

Hiermit stelle ich den Antrag zur Aufnahme in die DGP als (bitte ankreuzen)

- ordentliches Mitglied (Sektion Medizin)
- ordentliches Mitglied (Sektion Pflege)
- ordentliches Mitglied (Sektion Weitere Professionen)
- assoziiertes Mitglied
- Fördermitglied (Juristische Person / Jahresbeitrag gestaffelt, Rücksprache erbeten)

Die Satzung (u.a. als download auf [www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de) > DGP Wir über uns) habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden einer für mich zuständigen Landesvertretung zugeordnet zu werden (bei Widerspruch bitte durchstreichen).

### **Persönliche Angaben (bzw. direkter Ansprechpartner bei Fördermitgliedern)**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Berufsgruppe: \_\_\_\_\_

(z.B. Ärztin/Arzt, Krankenpflege, Altenpflege, Physiotherapie, Psychologie, Seelsorge, Sozialarbeit)

Fachrichtung / für Ärzte: \_\_\_\_\_

(z.B. Allgemeinmedizin, Anästhesie, Innere Medizin, Strahlentherapie)

Arbeitsbereich: \_\_\_\_\_

(z.B. Ambulanter Sektor, Forschung, Heim, Krankenhaus, Palliativstation, Stationäres Hospiz usw.)

### **Korrespondenzanschrift**

Institution: \_\_\_\_\_ Abteilung: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ eMail-Adresse: \_\_\_\_\_

- Ich bezahle den jährlichen Mitgliedsbeitrag nach Rechnungsstellung  
oder
- Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei deren Fälligkeit zu Lasten des folgenden Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Bankinstitut: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Ort und Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_