

## Aufnahmeantrag in die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (Stand: 10/2025)

Die mit einem Sternchen gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder gemäß EU-DSGVO, die zur Bearbeitung und Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft erforderlich sind. Die übrigen Angaben sind freiwillig und werden in Übereinstimmung mit der EU-DSGVO ausschließlich für Vereinszwecke verwendet.

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

- ordentliches Mitglied**  
Beitrag je Kalenderjahr:  
 88,00 € ohne akademische Qualifikation  
 172,00 € mit akademischer Qualifikation  
 38,00 € Ruhestand (Bitte Nachweis hinzufügen)
- assoziiertes Mitglied** (ohne Stimmrecht) für Studierende, Ehrenamtliche  
Beitrag je Kalenderjahr: 38,00 € (Bitte Nachweis hinzufügen)
- Juristische Person als ordentliches Mitglied** (Institutionelles Mitglied)  
Jahresbeitrag gestaffelt, siehe Beitragsordnung

### **Sektion\*** (zutreffendes ankreuzen)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ärztinnen und Ärzte                   | <input type="checkbox"/> Ernährung                | <input type="checkbox"/> Geistes- und Sozialwissenschaften |
| <input type="checkbox"/> Künstlerische Therapien               | <input type="checkbox"/> Pflege                   | <input type="checkbox"/> Pharmazie                         |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie-Ergotherapie-Logopädie | <input type="checkbox"/> Psychologie              | <input type="checkbox"/> Rechtsberufe                      |
| <input type="checkbox"/> Soziale Arbeit                        | <input type="checkbox"/> Seelsorge/Spiritual Care | <input type="checkbox"/> Supervision                       |

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

### **Persönliche Angaben**

(bzw. Ansprechperson bei Fördermitgliedern und juristischen Personen)

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

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

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

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

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

(z.B. Ambulant, eigene Praxis, SAPV, Heim, Krankenhaus, Palliativstation, Stationäres Hospiz usw.)

### **Korrespondenzanschrift** (gilt auch für den Versand der Zeitschrift für Palliativmedizin)

Institution oder Privatanschrift: \_\_\_\_\_

Straße\*: \_\_\_\_\_

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

Bundesland\*: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse\*: \_\_\_\_\_

Die Satzung und die Beitragsordnung (u.a. als Download auf [www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de) > Start > Die DGP > Über uns) habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum\*: \_\_\_\_\_ Unterschrift\*: \_\_\_\_\_

### Beitragszahlung\* (Bitte Zutreffendes auswählen)

- Ich bezahle den jährlichen Mitgliedsbeitrag unaufgefordert bis zum 31.01. des jeweiligen Jahres (bei späterem Beitrittsdatum erstmalig innerhalb 4 Wochen nach Erhalt der Mitgliedsbestätigung)

## Rechnungsanschrift:

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

oder

- Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge entsprechend der aktuellen Beitragsordnung bei deren Fälligkeit zu Lasten des folgenden Kontos durch Lastschrift einzuziehen. (SEPA-Lastschriftmandat)

## SEPA-Lastschriftmandat (Gläubiger-Identifikationsnummer DE65ZZZ00000223548)

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei deren Fälligkeit zu Lasten des folgenden Kontos durch Lastschrift einzuziehen und weise mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### Name und Anschrift des/der Kontoinhabenden

(bitte genau wie bei Ihrer Bank hinterlegt):

IBAN:

BIC:

Kreditinstitut:

Ort, Datum\*:

Unterschrift\*:

## Beitragssordnung 2025 für Mitglieder der DGP (beschlossen von der DGP-Mitgliederversammlung am 27.09.2025)

### §1 Geltungsbereich

Die Beitragsordnung gilt für alle Mitglieder der DGP.

### §2 Beitragspflicht

- (1) Die Beitragspflicht für Mitglieder beginnt mit dem Erwerb der Mitgliedschaft und endet mit dem letzten Tag des Kalenderjahres, in dem eine fristgerechte Kündigung wirksam wird bzw. der Ausschluss eines Mitgliedes erfolgt.  
Von der Beitragspflicht ausgenommen werden können Mitglieder, die ihren Mitgliedsantrag im letzten Quartal eines Kalenderjahres stellen.
- (2) Der Mitgliedsbeitrag versteht sich als Jahresbeitrag und ist jeweils für ein Kalenderjahr in voller Höhe zu entrichten, unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt innerhalb des Kalenderjahres das Mitglied aufgenommen wird.  
Der Jahresbeitrag wird jeweils mit Beginn eines Kalenderjahres fällig. Für neu aufgenommene Mitglieder ist der volle Beitrag mit dem Datum der Aufnahme fällig.
- (3) Maßgebend für die Festlegung des Mitgliedsbeitrages sind grundsätzlich die zum Eintrittszeitpunkt und in der Folge die zum Beginn eines Kalenderjahres bestehenden tatsächlichen Verhältnisse. Die Mitglieder sind verpflichtet, der Geschäftsstelle unaufgefordert bis zum Beginn eines Kalenderjahres Änderungen ihrer beruflichen Situation mitzuteilen, sofern diese für die Festlegung des Mitgliedsbeitrags von Belang sind.  
In begründeten Ausnahmefällen ist eine zeitlich befristete Reduzierung möglich, über die letztlich der Vorstand entscheidet.
- (4) Ehrenmitglieder zahlen keine Beiträge.

### §3 Beitragshöhe

- (1) Die Höhe des Mitgliedsbeitrags für ordentliche Mitglieder ergibt sich nach folgenden Kriterien  
Der jährliche Beitrag für ordentliche Mitglieder beträgt:
  - a) mit akademischer Qualifikation  
172,00 €
  - b) ohne akademische Qualifikation  
88,00 €
  - c) im Ruhestand  
38,00 €
- (2) Der jährliche Beitrag für assoziierte Mitglieder (Studierende, Auszubildende, ehrenamtlich Tätige) beträgt:  
38,00 €

- (3) Der jährliche Beitrag für juristische Personen als ordentliche Mitglieder (institutionelle Mitglieder) beträgt:
- a) Krankenhäuser / Heime:  
400 €
  - b) Stationäre Hospize, Palliativeinrichtungen, Ambulante Pflegedienste, Weiterbildungsakademien:  
250 €
  - c) Gemeinnützige Gesellschaften, Verbände & Vereine:  
150 €
- (4) Der jährliche Beitrag für fördernde Mitglieder beträgt mindestens:
- a) für große Industrieunternehmen (> 100 Beschäftigte):  
2.500 €
  - b) für kleine Industrieunternehmen (< 100 Beschäftigte):  
500 €
  - c) für Krankenhäuser / Heime:  
300 €
  - d) für Stationäre Hospize, Palliativeinrichtungen, Ambulante Pflegedienste, juristische Personen:  
150 €
  - e) Gemeinnützige Gesellschaften, Verbände & Vereine:  
80 €

#### **§4 Beitragszahlung**

- (1) Bei Vorliegen eines SEPA-Mandats erfolgt der Einzug des Mitgliedsbeitrags regulär jeweils zum Ende des 1. Quartals.
- (2) Bei erteiltem SEPA-Mandat sind Änderungen in den Kontodaten umgehend schriftlich der Geschäftsstelle mitzuteilen. Etwaige Gebühren für Rücklastschriften können dem Mitglied in Rechnung gestellt werden.