



Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie
und Nervenheilkunde -
Mitgliederservice

DGPPN-Mitgliederservice
Reinhardtstraße 14
10117 Berlin
Tel.: 030 / 2809 6523
Fax: 030 / 2809 6579
E-mail: mitgliederservice@dgppn.de

DGPPN-Mitgliederservice
Hauptgeschäftsstelle Berlin
Reinhardtstraße 14
10117 Berlin

Antrag auf Mitgliedschaft

Anrede - Titel - Vorname - Nachname:			Geburtsdatum:																					
Institution - Abteilung <input type="checkbox"/> eigene Praxis																								
Dienstanschrift <input type="checkbox"/> Zeitschriften/ Post an diese Anschrift!		Privatanschrift: <input type="checkbox"/> Zeitschriften/ Post an diese Anschrift!																						
Land - Bundesland		Funktion - Tätigkeit																						
Telefon dienstlich	Telefax dienstlich	Telefon privat	Telefax privat	Funktelefon																				
Beitragsinzug vom Konto- Nr.:		Bankleitzahl	Bank																					
Status II. Beitragsordnung (bitte ankreuzen):		Beitrag II. Beitragsordnung ab 01.01.08 (bitte ankreuzen):																						
Angehörige nicht-ärztlicher Berufe werden in Analogie zu o.g. Ärzte-Gruppen eingestuft. <input type="checkbox"/> Angestellte/r Ärztin/Arzt, nicht in leitender Position (Weiterbildungsassistenten, Fachärzte, Oberärzte) <input type="checkbox"/> Angestellte/r Ärztin/Arzt in leitender Position (Chef- und Abteilungsärzte, Ltd. Oberärzte) <input type="checkbox"/> Niedergelassene/r Ärztin/Arzt <input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt im Ruhestand o. derzeit nicht berufstätig <input type="checkbox"/> Korrespondierendes Mitglied <input type="checkbox"/> Ehrenmitglied <input type="checkbox"/> Mitglied der Berufsverbände BVDN und BVDP (in 2008 als „Schnuppermitgliedschaft“ zu 65,00 €) <input type="checkbox"/> Kooperatives Mitglied (Juristische Personen, u.a. Vereine etc.)		<table border="0"> <thead> <tr> <th>Alte Bundesländer / Berlin</th> <th>Neue Bundesländer</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 170,00 €</td> <td><input type="checkbox"/> 130,00 €</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 260,00 €</td> <td><input type="checkbox"/> 200,00 €</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 260,00 €</td> <td><input type="checkbox"/> 200,00 €</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 125,00 €</td> <td><input type="checkbox"/> 100,00 €</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> beitragsfrei</td> <td><input type="checkbox"/> beitragsfrei</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> beitragsfrei</td> <td><input type="checkbox"/> beitragsfrei</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 65,00 € (2008)</td> <td><input type="checkbox"/> 100,00 € (2009/2010)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 100,00 € (2009/2010)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 100,00 € (2009/2010)</td> </tr> </tbody> </table> zw. 250 € - 1.000 € je nach Größe der Organisation im Wege v. Einzelabgesprächen _____ €			Alte Bundesländer / Berlin	Neue Bundesländer	<input type="checkbox"/> 170,00 €	<input type="checkbox"/> 130,00 €	<input type="checkbox"/> 260,00 €	<input type="checkbox"/> 200,00 €	<input type="checkbox"/> 260,00 €	<input type="checkbox"/> 200,00 €	<input type="checkbox"/> 125,00 €	<input type="checkbox"/> 100,00 €	<input type="checkbox"/> beitragsfrei	<input type="checkbox"/> beitragsfrei	<input type="checkbox"/> beitragsfrei	<input type="checkbox"/> beitragsfrei	<input type="checkbox"/> 65,00 € (2008)	<input type="checkbox"/> 100,00 € (2009/2010)	<input type="checkbox"/> 100,00 € (2009/2010)		<input type="checkbox"/> 100,00 € (2009/2010)	
Alte Bundesländer / Berlin	Neue Bundesländer																							
<input type="checkbox"/> 170,00 €	<input type="checkbox"/> 130,00 €																							
<input type="checkbox"/> 260,00 €	<input type="checkbox"/> 200,00 €																							
<input type="checkbox"/> 260,00 €	<input type="checkbox"/> 200,00 €																							
<input type="checkbox"/> 125,00 €	<input type="checkbox"/> 100,00 €																							
<input type="checkbox"/> beitragsfrei	<input type="checkbox"/> beitragsfrei																							
<input type="checkbox"/> beitragsfrei	<input type="checkbox"/> beitragsfrei																							
<input type="checkbox"/> 65,00 € (2008)	<input type="checkbox"/> 100,00 € (2009/2010)																							
<input type="checkbox"/> 100,00 € (2009/2010)																								
<input type="checkbox"/> 100,00 € (2009/2010)																								
Meine E-Mail-Adresse lautet: _____																								
<input type="checkbox"/> Ich bin mit der Aufnahme meiner E-Mail-Adresse in eine Verteilerliste der DGPPN zum Zwecke der Aussendung von Informationen des Vorstandes an die Mitglieder einverstanden / nicht einverstanden																								

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und dass ich als approbierte/r Ärztin/Arzt bzw. Wissenschaftler/in mit einem abgeschlossenem Universitätsstudium oder wissenschaftlich oder praktisch auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie oder Nervenheilkunde arbeite.

Ich verpflichte mich zur Zahlung des von der Mitgliederversammlung festgelegten Jahresbeitrags. Von der derzeit gültigen Beitragsordnung habe ich Kenntnis genommen.

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich die DGPPN widerruflich, den Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines oben genannten Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Mir ist bekannt, dass die DGPPN bei der Rückgabe von Lastschriften mit Gebühren belastet wird. Änderungen der Kontoverbindung werde ich dem Kassensführer zeitnah mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift