



Deutsche Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie e. V. (DGWMP)

Mitglieder werben Mitglieder

Mitgliedsnr.: _____

AUFNAHMEANTRAG Nach Vollendung des 32. Lebensjahres (54,- €/J.) Bis zur Vollendung des 32. Lebensjahres (42,- €/J.)

Ich bitte um Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie e. V. (DGWMP) mit Wirkung vom: _____
und bin mit der Doppelmitgliedschaft in der DGWMP und im Deutschen SanOA e. V. einverstanden.

Darüber hinaus verpflichte ich mich zur Zahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrages.

Name/Vorname _____ Geb.-Datum _____

Dienstgrad _____ Akad. Grad/Titel _____ Student(in)/Status _____ Approbationsrichtung _____ Berufsbezeichnung _____

Anschrift privat: Str./Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

Tel./Fax _____ Mobil _____ E-Mail _____

Anschrift Dienst/Praxis: Str./Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

Tel./Fax _____ Mobil _____ E-Mail _____

Bundeswehr: Akt. a. D. Res. Heer Lw Mar ZSan SKB
Sonstige Dienststellen: Akt. i. R.

Postzustellung privat Postzustellung dienstlich

Ich bin mit der satzungskonformen Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vom 25. Mai 2018 einverstanden.

Datum/Unterschrift _____

Als neu geworbenes Mitglied nehmen Sie auf unserem jährlich stattfindenden Kongress an der Verlosung „Mitglieder werben Mitglieder“ mit einem Los und der Option auf einen attraktiven Preis teil.

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

An die Deutsche Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie e. V. (DGWMP), Neckarstraße 2a, 53175 Bonn - Fax: 0228 698533

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ00000096361

Mandatsreferenz: = Mitgliedsnummer (wird mit dem Begrüßungsschreiben nachgereicht)

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die DGWMP e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGWMP e. V. von meinem 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.

Kreditinstitut (Name und BIC) _____ IBAN _____

Name/Vorname (Kontoinhaber) _____

Anschrift _____

Ort, Datum und Unterschrift _____

MITGLIEDSWERBER:

Name/Vorname _____

Mitgliedsnummer _____