



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

Aufnahmeantrag

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 Doppelmithgliedschaft 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

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