



# 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 Doppelmemberschaft 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 \_\_\_\_\_