Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.
Beitrittserklärung

DGS e.V.
Geschäftsstelle
c/o Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung
(ZIS) der Universität Hamburg
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.

Bitte Anschrift für die weitere Korrespondenz eintragen: privat ☐ dienstlich☐

Name: Titel/Vorname:

Beruf: ggf. Institution:

Straße: PLZ/Ort:

Tel.: Fax:

Email: Arbeitsschwerpunkte:

Geworben hat mich das DGS-Mitglied:
NAME: ORT:

Der Mitgliedsbeitrag beträgt für ordentliche Mitglieder (Ärzte) **€ 120,00** pro Jahr und für außerordentliche Mitglieder (alle anderen Berufe) **€ 90,00** pro Jahr.
Bankverbindung der DGS: Commerzbank. Kto-Nr. 450 428 800 BLZ 500 800 00
IBAN DE 78 5008 0000 0450 4288 00 BIC: DRESDEFFXXX

Ort/ Datum: Unterschrift:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Adresse in das öffentlich zugängliche Mitgliedsverzeichnis und im Falle von Anfragen an andere niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser zu konsiliarischen Zwecken und an Institutionen weitergegeben wird, die wissenschaftliche Studien oder Informationsveranstaltungen durchführen.

Ja☐ Nein☐

Die Kündigung ist jederzeit mit einer Frist von sechs Wochen zum Schluss eines Kalendervierteljahres durch formlose, schriftliche Mitteilung an den Vorstand möglich.

Einzugsermächtigung:
Hiermit ermächtige ich die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. bis auf Widerruf, meinen Mitgliedsbeitrag jährlich einzuziehen. Ein Widerruf der Einzugsermächtigung ist jederzeit möglich. Sie erlischt auch mit Auflösung der Vereinsmitgliedschaft.

Kreditinstitut:

IBAN: BIC:

Ort/ Datum: Unterschrift: