

Beitrittserklärung

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (vorm. DGDS) e.V.
Frau Simone Mollenhauer
c/o Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung
(ZIS) der Universität Hamburg
Martinistrasse 52

20246 Hamburg

Telefon: +49 40 7410 54221 Fax: +49 40 7410 55121
eMail: info@dgsuchtmedizin.de

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (vorm. DGDS) e.V.
Bitte Anschrift für die weitere Korrespondenz eintragen (**privat? O dienstlich? O**)

Name: _____ Titel/Vorname: _____

Beruf: _____ ggf. Institution: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Email: _____

Arbeitsschwerpunkte: _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt für ordentliche Mitglieder (Ärzte) € 120.- pro Jahr
und für außerordentliche Mitglieder (alle anderen Berufe) € 90.- pro Jahr.
Im Mitgliedsbeitrag ist der Bezug der Zeitschrift Suchttherapie (Thieme-Verlag) enthalten

Bankverbindung der DGS: Dresdner Bank Frankfurt/M. Kto-Nr. 450 428 800 (BLZ 500 800 00)

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Adresse in ein geplantes öffentlich zugängliches Mitgliedsverzeichnis eingetragen wird.

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 (vorm. DGDS) e.V. bis auf Widerruf, meinen Mitgliedsbeitrag jährlich einzuziehen. Ein Widerruf der Einzugsermächtigung ist jederzeit möglich. Sie erlischt auch mit Auflösung der Vereinsmitgliedschaft.

Bank / Sparkasse / Postgiro: _____

BLZ: _____ Konto: _____

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____