

Antrag auf Aufnahme

Name _____ Vorname _____
(bitte Druckschrift)

Akad. Grad _____ Geburtsdatum _____

Facharzt _____
oder
anderer Beruf _____

Privatanschrift _____
(Ort) (Straße / P.O.B.)

Tel. / Fax / e-mail: _____

Dienststelle / Praxis _____
(Ort) (Straße / P.O.B.)

Tel. / Fax / e-mail: _____

Ich wünsche die Zusendungen der DTG an die private / dienstliche Adresse.

Dienststellung / Funktion _____

Referenzen 1. _____
2. _____

Sonstige Angaben, die dem Antragsteller wichtig erscheinen (Auslandstätigkeit usw.)

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

Der Jahresbeitrag beträgt 108,00 € einschließlich eines Abonnements
der europäischen Zeitschrift "Tropical Medicine and International Health".
Der Jahresbeitrag ohne Abonnement beträgt 35,00 €

Mitgliedschaft inkl. Abonnement erwünscht

Ich beantrage Befreiung von dem Zeitschriftenabonnement.
Begründung: _____

(z. B. Student, Pensionär, Doppelmitgliedschaft)

(Beiträge und Spenden sind nach § 10b EStG, § 11 Ziff. 5 KStG abzugsfähig).

Kontaktdaten der DTG e.V.:

Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit e. V., Schriftführer,
Bernhard-Nocht-Str. 74, 20359 Hamburg - Tel. (040) 428 18 478 - Fax (040) 428 18 - 512 - Email: dtg@bni-hamburg.de

Dem vorstehenden Antrag wurde am _____ vom Vorstand stattgegeben

und die Aufnahme dem Antragsteller am _____ mitgeteilt.

Neue Ermächtigung

Änderung der bisherigen Ermächtigung

An die
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR TROPENMEDIZIN UND INTERNATIONALE GESUNDHEIT e.V.
 Geschäftsstelle: Bernhard-Nocht-Str. 74, 20359 Hamburg

JAHRESBEITRAG

Der Jahresbeitrag beträgt inklusive eines Abonnements der europäischen Zeitschrift "Tropical Medicine and International Health" EURO 108,-. Ich ermächtige die DTG, diesen Betrag von meinem Konto einzuziehen. (Eine Einzugsermächtigung ist die Voraussetzung für das Abonnement)

Ich beantrage die Befreiung von dem Abonnement der Zeitschrift TM&IH.
 Begründung: _____
 (z. B. Student, Pensionär, Doppelmitgliedschaft)
 Ich ermächtige die DTG, den Jahresbeitrag in Höhe von EURO 35,- von meinem Konto einzuziehen.

ERMÄCHTIGUNG
zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den jeweiligen Jahresbeitrag für die DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR TROPENMEDIZIN UND INTERNATIONALE GESUNDHEIT e. V. bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos

Konto-Nummer:

Konto-Inhaber:

bei
 (genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts)

Bankleitzahl

mittels Lastschriftverfahren einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (s. o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

.....
 (genaue Anschrift)

.....
 (Ort, Datum)

.....
 (Unterschrift)