



**Antrag auf Aufnahme**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
(bitte Druckschrift)

Akad.Grad \_\_\_\_\_ Geburtsjahr \_\_\_\_\_

Arzt/FA \_\_\_\_\_  
oder  
anderer Beruf \_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort) (Straße/P.O.B.)

Tel./Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Dienststelle/Praxis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort) (Straße/P.O.B.)

Tel./Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

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

Dienststellung/Funktion \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

Der Jahresbeitrag ohne Abonnement beträgt **50,00 €**, (ermäßigt\* für Studierende und Personen im Ruhestand **20,00 €**).  
Der Jahresbeitrag einschließlich eines Print-Abonnements der Fachzeitschrift "Tropical Medicine and International Health" (12 Hefte, **Abo derzeit 80,00 €**) beträgt **derzeit 130,00 €** (ermäßigt **100,00 €**). Der Jahresbeitrag einschließlich eines Online-Abonnements der Fachzeitschrift "Tropical Medicine and International Health" (**Abo derzeit 10,00 €**) beträgt **derzeit 60,00 €** (ermäßigt **30,00 €**). **Bei Erhöhung der Kosten für das Abo durch den Verlag erhöht sich auch der abgebuchte Mitgliedsbeitrag entsprechend.**

- |  |                          |                                    |
|--|--------------------------|------------------------------------|
| Mitgliedschaft <b>ohne</b> Abonnement                  | <input type="checkbox"/> | ermäßigt* <input type="checkbox"/> |
| Mitgliedschaft inkl. <b>Online</b> -Abonnement         | <input type="checkbox"/> | ermäßigt* <input type="checkbox"/> |
| Mitgliedschaft inkl. <b>Print</b> -Abonnement          | <input type="checkbox"/> | ermäßigt* <input type="checkbox"/> |
| Mitgliedschaft inkl. <b>Print + Online</b> –Abonnement | <input type="checkbox"/> | ermäßigt* <input type="checkbox"/> |

\*für Personen im Ruhestand und Studierende (aktuelle Studienbescheinigung beifügen).  
Adresse: Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin, Reisemedizin und Globale Gesundheit e. V., Bernhard-Nocht-Str. 74, 20359 Hamburg, Tel. 040-42818 478, Fax 040-3567 4092, e-mail: [dtg@bnitm.de](mailto:dtg@bnitm.de).  
Bankverbindung: Commerzbank AG Hamburg, IBAN DE77 2008 0000 0500 4949 00, BIC DRESDEFF200.  
Beiträge und Spenden sind nach § 10b EStG, § 11 Ziff. 5 KStG abzugsfähig.



**S E P A – Lastschriftmandat für eine wiederkehrende Lastschrift  
des Jahresbeitrages für eine Mitgliedschaft in der DTG  
Gläubiger - Identifikationsnummer DE22 ZZZ 00000270494**

**Mandatsreferenz: DTG \_\_\_\_\_ \*** (\* 4-stellige Mitgliedsnummer)

Der Jahresbeitrag beträgt **50,00 € (ermäßigt 20,00 €)** ohne Abonnement der Fachzeitschrift „Tropical Medicine & International Health“ (TM&IH).  
Ich ermächtige die DTG, diesen Betrag einmal im Jahr von meinem u.a. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DTG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Jahresbeitrag beträgt **60,00 € (ermäßigt 30,00 €) mit Online-Abonnement** der Fachzeitschrift „Tropical Medicine & International Health“ (TM&IH).  
Ich ermächtige die DTG, diesen Betrag einmal im Jahr von meinem u.a. Konto mittels Lastschrift einzuziehen.  
(Eine Ermächtigung zur Lastschrift ist die Voraussetzung für das Abonnement.)  
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DTG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Jahresbeitrag beträgt **130,00 € (ermäßigt 100,00) € inklusive Print-Abonnement** der Fachzeitschrift „Tropical Medicine & International Health“ (TM&IH).  
Ich ermächtige die DTG, diesen Betrag einmal im Jahr von meinem u.a. Konto mittels Lastschrift einzuziehen.  
(Eine Ermächtigung zur Lastschrift ist die Voraussetzung für das Abonnement.)  
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DTG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Jahresbeitrag beträgt **140,00 € (ermäßigt 110,00 €) inklusive Print- und Online-Abonnement** der Fachzeitschrift „Tropical Medicine & International Health“ (TM&IH).  
Ich ermächtige die DTG, diesen Betrag einmal im Jahr von meinem u.a. Konto mittels Lastschrift einzuziehen.  
(Eine Ermächtigung zur Lastschrift ist die Voraussetzung für das Abonnement.)  
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DTG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:**

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
BIC (11-stellig)

IBAN: D E \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift