

Geschäftsstelle der DGSMP
c/o Zentrum für Urbane Epidemiologie (CUE)
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstr. 55
45147 Essen

**Antrag auf Mitgliedschaft in der
Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention**

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Akademischer Grad: _____

Dienststellung: _____

Beruflicher Werdegang (in Stichworten):

Korrespondenzadresse: _____

gegebenenfalls Institution: _____

Straße: _____

(PLZ) Wohnort: _____

Telefon (bitte mit Vorwahl): _____

E-Mail-Adresse: _____

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____

Die Satzung sieht die Gliederung der DGSMP in Fachbereiche vor. Nach § 6 (3) muss sich jedes Mitglied mindestens einem Fachbereich zuordnen.

Die Geschäftsstelle bittet Sie deshalb, sich gleich bei Antragstellung einem "Stamm-Fachbereich" zuzuordnen, in dem Sie aktiv mitarbeiten möchten. Unter der Rubrik "weitere Fachbereiche" können Sie die Fachbereiche ankreuzen, an deren Arbeit Sie außerdem Interesse haben.

Ihr Name und Ihre Anschrift werden an die Sprecher der Fachbereiche Ihrer Wahl weitergeleitet.

Ich ordne mich dem folgenden Fachbereich/den folgenden Fachbereichen zu:

Stamm

- FB 1 Epidemiologie
- FB 2 Praktische Sozialmedizin und Rehabilitation
- FB 3 Prävention und Gesundheitsförderung
- FB 4 Öffentliche Gesundheit / Public Health
- FB 5 Gesundheitssystemforschung, Gesundheitsökonomie u. Versorgungsforschung
- FB 6 Frauen- und geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung
- AG Wissenschaftlicher Nachwuchs

Interesse

- FB 1 Epidemiologie
- FB 2 Praktische Sozialmedizin und Rehabilitation
- FB 3 Prävention und Gesundheitsförderung
- FB 4 Öffentliche Gesundheit / Public Health
- FB 5 Gesundheitssystemforschung, Gesundheitsökonomie u. Versorgungsforschung
- FB 6 Frauen- und geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung
- AG Wissenschaftlicher Nachwuchs

Geschäftsstelle der DGSMP
c/o Zentrum für Urbane Epidemiologie (CUE)
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstr. 55
45147 Essen

Einzugsermächtigung zugunsten der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag für die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention bei Fälligkeit zu Lasten meines nachstehend bezeichneten Girokontos bzw. Postgirokontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Der Jahresbeitrag beläuft sich ab 01.01.2018 auf 100,00 EUR

BIC:

Bank:

IBAN:

Kontoinhaber (Name, Vorname):

Ort:

Datum:

Unterschrift:
