

Aufnahmeantrag (Application for Membership)

An die
Deutsche Phytomedizinische Gesellschaft e.V.
- Dr. Christian Carstensen -
Messeweg 11/12
38104 Braunschweig

Ich beantrage die Aufnahme in die Deutsche
Phytomedizinische Gesellschaft e.V. als
bitte ankreuzen (please mark with cross)

- Ordentliches Mitglied (Full member) 80 € /a
 Mitglied in Ausbildung (Member in training) 20 € /a
 Fördermitglied (Sponsor) mindestens 800 € /a
- Herr (Mr.) Frau (Mrs.) divers/ohne (divers/without)
- Titel (Title)

Name (Name) Vorname (First Name)

Geburtsdatum (Date of Birth)

Privatadresse (Private Address)

Straße, Hausnummer (Street, House Number)

PLZ, Ort (Postal Code, City, Country if not Germany)

IBAN

BIC, Bank

Telefon (Phone)

Email (Email)

Dienstadresse (Professional Address)

Institution/Universität/Firma (Institution/University/Company)

Abteilung (Department)

Straße, Hausnummer (Street, House Number)

PLZ, Ort (Postal Code, City)

Bundesland (State) Land (Country)

Telefon (Phone)

Email (Email)

Private Daten für Internes Mitgliedsverzeichnis freigegeben
(Private Data may be included in internal memberlist)

Dienstliche Daten für Internes Mitgliedsverzeichnis freigegeben
(Professional Data will be included in internal memberlist)

Ich erkläre mich einverstanden, dass die o.g. Daten zum Zwecke der Mitgliederverwaltung elektronisch gespeichert, meine beruflichen Angaben für ein vereinsinternes Mitgliederverzeichnis (elektronisch und gedruckt) verwendet werden können. Dies trifft auch für meine privaten Daten zu, wenn ich dies oben kenntlich gemacht habe.) **Sämtliche Post wird an die Privatadresse zugestellt** (außer bei Fördermitgliedern oder nach besonderer Vereinbarung). Ich erkläre mich zudem einverstanden, dass mein Geburtsdatum mit Namen und Vornamen widerruflich in der vereinsinternen Zeitschrift Phytomedizin zu bestimmten Jubiläen ab 65 Jahren in der gedruckten und digitalen Ausgabe veröffentlicht wird.

Wenn ich die Mitgliedschaft als ordentliches »Mitglied in Ausbildung« beantrage, nehme ich zur Kenntnis, dass ich dies zunächst nur für die Dauer von 3 Jahren sein kann und danach einen Verlängerungsantrag stellen muss. Der Beitrag der ersten drei Jahre der Mitgliedschaft eines ordentlichen Mitglieds in Ausbildung (**60 €**) ist **vorab** in einer Summe zu entrichten.

Ferner ermächtige ich die Deutsche Phytomedizinische Gesellschaft, den jeweils fälligen Mitgliedsbeitrag von meinem o.g. Konto einzuziehen. Bitte beachten Sie unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) unter <https://phytomedizin.org>.

Ordentliche Mitglieder können bei Vorliegen von Härten jährlich Anträge auf Beitragsreduktion stellen (gesondertes Formular).

Ort und Datum

Unterschrift

Antrag auf Beitragsreduktion 202__

bei der Deutschen Phytomedizinischen Gesellschaft e.V. (DPG)

Die Deutsche Phytomedizinische Gesellschaft e.V. kann auf Antrag und nach Prüfung durch den Vorstand ordentlichen Mitgliedern eine Reduktion des Beitrags gewähren.

Bitte füllen Sie den nachfolgenden Antrag wahrheitsgemäß aus. Denken Sie bitte daran, dass ein solcher Antrag nach der Satzung geregelten Fristen neu zu stellen und durch den DPG-Vorstand zu prüfen ist!

Name

Vorname

Geburtsdatum

Mitgliedsnummer

Adresse

Strasse,
Nr.
PLZ, Ort

bei Diplomand:innen / Doktorand:innen: bitte Immatrikulationsbescheinigung mit einreichen

Wissenschaftliche Betreuung durch

Angaben zum monatlichen

Nettoeinkommen

Bitte ankreuzen, wenn zutreffend

ja

nein

unterhalb der
Pfändungsfreigrenzen

Die gültigen Pfändungsfreigrenzen entnehmen Sie bitte den aktuellen Lohnpfändungstabellen!

Angaben zu sonstigen besonderen Härten der persönlichen Situation

Ich versichere, dass ich die oben genannten Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Phytomedizinische Gesellschaft e.V., Messeweg 11-12, 38104 Braunschweig, widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschriften einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Konto-führenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, Änderungen der Kontoverbindung der Geschäftsstelle der DPG mitzuteilen und dass nach der Ausführung der Änderung eine Bestätigung durch die Geschäftsstelle erfolgt. Ich verpflichte mich deshalb, bei fehlgehenden Einzugsversuchen, die z.B. auf falsche oder nicht mehr gültige Angaben von Kontonummern oder Bankleitzahlen zurückgehen, die entstehenden Gebühren zu übernehmen.

Ort, Datum

Name

Vorname

Ort

Straße

Nr

Bank

BLZ

KtoNr.

IBAN

BIC

Eigenhändige Unterschrift:

Das ausgefüllte und unterschriebene Formular senden Sie bitte als pdf, jpg oder png an Geschaeftsstelle@phytomedizin.org
Oder per Post an : DPG, Messeweg 11-12, 38104 Braunschweig