



Geschäftsstelle:
Robert-Koch-Platz 4
10115 Berlin

e-Mail: info@dgppr.de
Internet: www.dgppr.de

Bankverbindung:
Kreissparkasse Saarpfalz
BIC: SALADE51HOM
IBAN: DE24 5945 0010 1010 8702 59

Amtsgericht Düsseldorf, VR 7630

Hiermit beantrage ich (vorbehaltlich der Zustimmung des Vorstandes) meinen Beitritt in die DGPPR

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Titel:

Facharzt für:

Tätigkeit in: Klinik
 Medizinischer Dienst
 Sonstiges:

Anschrift (dienstlich)

Klinik:

Straße / Hausnr.:

PLZ / Ort:

Tel.:

Fax:

Anschrift (privat)

Straße / Hausnr.:

PLZ / Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail-Adresse (für Korrespondenz):

Der Mitgliedsbeitrag (zurzeit jährlich EUR 160,--) soll im SEPA-Lastschriftverfahren eingezogen werden. Die von mir ausgefüllte und unterschriebene Einzugsermächtigung liegt bei.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift / Stempel