Deutsche Gesellschaft für Verkehrsmedizin e.V.

Antrag auf Mitgliedschaft

Geschᵃftsstelle DGVM
Siegfriedstr. 28
53179 Bonn

FAX +49 (0) 228/95453-734
info@dgvm-verkehrsmedizin.de
www.dgvm-verkehrsmedizin.de

Jahresbeitrag aktuell **75,00 Euro**

Name, Vorname		
Titel / Geburtsdatum		

Fachärztliche Weiterbildung			
Verkehrsmedizinische Qualifikation: *bitte zutreffendes ankreuzen*			
Facharzt mit verkehrsmed. Qualifikation		Ingenieur Verkehrswesen	
Verkehrspsychologe		Jurist Verkehrswesen	
Andere:			
Bitte geben Sie hier Ihren Beruf an und erläutern Sie kurz in welchem Kontext Ihre berufliche Tätigkeit mit den Aufgaben der DGVM steht: Forschung auf dem Gebiet der Verkehrsmedizin, der Verbreitung von Forschungsergebnissen sowie dem Meinungsaustausch darüber *(vgl. §1 der Satzung)*			

Anschrift	**beruflich**	**privat**
Klinik/Institution/Firma etc.		
PLZ /Ort		
Straße		
Telefon		
FAX		
E-Mail		
Homepage		

Hinweis: Ihre Daten werden zum Zweck der Durchführung der Mitgliederverwaltung sowie der satzungsgemäßen Zwecke der DGVM gespeichert, verarbeitet und ggf. an Dienstleister weitergegeben, soweit dies erforderlich ist. Dies schließt die Veröffentlichung Ihrer Angaben im internen Bereich der Homepage www.dgvm-verkehrsmedizin.de ein.

Sparkasse Heidelberg **IBAN:** DE24 6725 0020 0009 2266 05 **BIC:** SOLADES1HDB

Gläubiger-Identifikationsnummer der DGVM - DE87ZZZ00001085385			
Ich ermächtige die DGVM, den Jahresbeitrag von aktuell 75, - € von meinem unten genannten Konto mittels Lastschrift bis zum Widerruf einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGVM auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Fehlende Bankdaten werden als Ablehnung der Einzugsermächtigung interpretiert.			
IBAN		**BIC**	
Name der Bank			
Ort	**Datum**	**Unterschrift**	