

# DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GESCHICHTE DER NERVENHEILKUNDE e.V.



An den  
Vorsitzenden der DGGN  
Prof. Dr. med. Axel Karenberg  
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin  
Universität Köln  
Joseph-Stelzmann-Str. 20 / Gebäude 42  
50931 Köln

**Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der  
Nervenheilkunde e.V.**

Name:	Vorname:			
geb. am:	akademischer Titel:			
Privatadresse:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Tel. (evt. Fax):</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Mobiltelefon:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">E-Mail:</td></tr> </table>	Tel. (evt. Fax):	Mobiltelefon:	E-Mail:
Tel. (evt. Fax):				
Mobiltelefon:				
E-Mail:				
Dienstadresse:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Tel. (evt. Fax):</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Mobiltelefon:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">E-Mail:</td></tr> </table>	Tel. (evt. Fax):	Mobiltelefon:	E-Mail:
Tel. (evt. Fax):				
Mobiltelefon:				
E-Mail:				
Ort, Datum, Unterschrift:				
Schriftverkehr erbeten an:                      Dienstanschrift <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Privatanschrift <input type="checkbox"/>				
Bitte zusammen mit Kontoeinzugsermächtigung (optional) an den Vorsitzenden der DGGN senden:  Prof. Dr. med. Axel Karenberg, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universität Köln, Anschrift siehe unten				
<b>KONTOEINZUGSERMÄCHTIGUNG</b>  Bitte senden Sie 1 Exemplar (siehe nächste Seite) ausgefüllt an  Prof. Dr. med. Axel Karenberg, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universität Köln, Joseph-Stelzmann-Str. 20 / Gebäude 42, 50931 Köln  Das 2. Exemplar ist für Ihre Unterlagen bestimmt				

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die DGGN e.V., den jährlich anfallenden Mitgliedsbeitrag von € 50,- von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen Zahlungsdienstleister an, die von der DGGN e.V. von meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Einzugsermächtigung

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats:

Gläubiger-ID DE72ZZZ00000469705 – Ich ermächtige die DGGN e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtende Zahlung bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die DGGN e.V., den jährlich anfallenden Mitgliedsbeitrag von € 50 von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen Zahlungsdienstleister an, die von der DGGN e. V. von meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Einzugsermächtigung

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats:

Gläubiger-ID DE72ZZZ00000469705 – Ich ermächtige die DGGN e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtende Zahlung bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_