

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GESCHICHTE DER NERVENHEILKUNDE e. V.



An den
Vorsitzenden der DGGN
Prof. Dr. med. Thomas Müller
Forschungsbereich Geschichte und Ethik in der Medizin
ZfP Südwürttemberg | Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm
Weingartshofer Str. 2
88214 Ravensburg-Weissenau

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

Name:	Vorname:
geb. am:	akademischer Titel:
Privatadresse:	Tel.:
	Mobiltelefon:
	E-Mail:
Dienstadresse:	Tel.:
	Mobiltelefon:
	E-Mail:
Ort, Datum, Unterschrift:	
Schriftverkehr erbeten an: Dienstanschrift () Privatanschrift ()	
Bitte zusammen mit der Kontoeinzugsermächtigung (optional) an den Vorsitzenden der DGGN senden.	
<p>KONTOEINZUGSERMÄCHTIGUNG</p> <p>Bitte senden Sie 1 Exemplar (siehe nächste Seite) ausgefüllt an Prof. Dr. med. Thomas Müller Forschungsbereich Geschichte und Ethik in der Medizin ZfP Südwürttemberg Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm Weingartshofer Str. 2 88214 Ravensburg-Weissenau</p> <p>Das 2. Exemplar ist für Ihre Unterlagen bestimmt</p>	

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 DE46ZZZ00002397369 – 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 DE46ZZZ00002397369 – Ich ermächtige die DGGN e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtende Zahlung bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

Kreditinstitut:

IBAN: _____

BIC: