

# 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 <input type="checkbox"/> | Privatanschrift <input type="checkbox"/> |
| Bitte zusammen mit der Kontoeinzugsermächtigung (optional) an den Vorsitzenden der DGGN senden.  |  |  |
| <b>SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT</b><br>Bitte senden Sie 1 Exemplar (siehe nächste Seite) ausgefüllt an<br>Prof. Dr. med. Thomas Müller<br>Forschungsbereich Geschichte und Ethik in der Medizin<br>ZfP Südwürttemberg   Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm<br>Weingartshofer Str. 2<br>88214 Ravensburg-Weissenau<br><br>Das 2. Exemplar ist für Ihre Unterlagen bestimmt |  |  |

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die DGGN e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen Zahlungsdienstleister an, die von der DGGN e.V. von meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

Gläubiger-ID DE46ZZZ00002397369

**Zahlungsart:** Wiederkehrende Zahlung

Das Mandat gilt für die Zahlung des satzungsgemäßen Mitgliedsbeitrags. Ich werde über Beitragserhöhungen im Rahmen der Satzung rechtzeitig vor dem Einzug informiert, mind. 14 Tage vor Belastung meines Kontos.

Kontoinhaber/in: \_\_\_\_\_

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

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

Ort, Datum, Unterschrift:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die DGGN e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen Zahlungsdienstleister an, die von der DGGN e.V. von meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

Gläubiger-ID DE46ZZZ00002397369

**Zahlungsart:** Wiederkehrende Zahlung

Das Mandat gilt für die Zahlung des satzungsgemäßen Mitgliedsbeitrags. Ich werde über Beitragserhöhungen im Rahmen der Satzung rechtzeitig vor dem Einzug informiert, mind. 14 Tage vor Belastung meines Kontos.

Kontoinhaber/in: \_\_\_\_\_

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

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

Ort, Datum, Unterschrift:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_