

An den  
Vorstand der DGPM  
Jägerstr. 51  
  
10117 Berlin

## Aufnahmeantrag als Fördermitglied

Hiermit beantrage ich die Fördermitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V. gem. § 4 Nr. 1 der Satzung der DGPM e.V. (Mitgliedsbeitrag: 50,00 €/Jahr).

Jede natürliche Person kann förderndes Mitglied werden, mit Ausnahme von Ärzten und Ärztinnen

- mit der Gebietsbezeichnung "Facharzt/Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie",
- mit der Gebietsbezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin“,
- mit den Zusatzbezeichnungen „Psychotherapie“, „Psychotherapie – fachgebunden“,
- mit der Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“,
- soweit sie am Verschmelzungstag ordentliches Mitglied der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP) waren,
- Ärzte und Ärztinnen für die Dauer ihrer Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (vgl. § 4 Nr. 1 Satzung der DGPM e.V.; abrufbar unter: <https://www.dgpm.de/de/wir-ueber-uns/satzung/>).

Ich erkläre hiermit, diese Voraussetzungen zu erfüllen. Außerdem erkläre ich mich bereit, den Verein und die Satzungsziele zu unterstützen.

Über die Aufnahme als Fördermitglied entscheidet der Vorstand.

Titel / Vorname / Name: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_ Geb.Dat.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ort: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung und Beitragsordnung der DGPM e.V. an und bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich erteile Ihnen die Erlaubnis, meine angegebenen Daten unter Beachtung der Bestimmungen der DSGVO zu speichern. Die Datenschutzerklärung der DGPM steht auf der DGPM Homepage im Impressum (abrufbar unter: [www.dgpm.de/de/impressum/](https://www.dgpm.de/de/impressum/))

---

Ort, Datum und Unterschrift

## SEPA-Lastschrift-Mandat

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die

**Deutsche Gesellschaft für  
Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM e.V.)  
Jägerstr. 51, 10117 Berlin  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE76ZZZ00000020135**

widerruflich zu Lasten meines/unseres unten angegebenen Bankkontos den fälligen Mitgliedsbeitrag **jährlich** einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGPM e.V. auf mein Konto gezogenen 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Mandatsreferenz wird Ihnen nach Eintragung in unser Mitgliedsverzeichnis mitgeteilt.

---

Vorname und Name (Kontoinhaber)

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Ort

---

Kreditinstitut (Name)

---

BIC

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

---

Ort, Datum und Unterschrift