(Stempel)

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie

DGPM e.V.
Robert-Koch-Platz 4
10115 Berlin

DGPM Probemitgliedschaft

für Ärztinnen und Ärzte, die in der Facharztweiterbildung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind

Aufnahmeantrag und Fragebogen für das DGPM-Mitgliederverzeichnis

Hiermit beantrage ich eine 12-monatige Mitgliedschaft in der Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V. zur Probe (12 Monate kostenfrei).

Zeitschriften: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Vandenhoeck & Ruprecht)
Ärztliche Psychotherapie (Klett-Cotta) – Online

Als neues DGPM-Mitglied erhalten Sie als Begrüßung kostenlos das Buch der Perspektive Psychosomatik „Facharztweiterbildung: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“.
Bitte wählen Sie hier, ob und wie Sie das Buch erhalten möchten:

JA, bitte die Print-Version ☐ oder PDF-Version ☐ zusenden

NEIN, bitte nicht zusenden ☐

Titel / Vorname / Name:_____

Straße/Hausnummer:_____ Geb.Dat.:_____

Postleitzahl/Ort:_____ Bundesland:_____

Telefon:_____ Fax: _____

Mail: _____ Ärztekammer: _____

Nachstehende Angaben dienen ausschließlich zur internen Information der Fachgesellschaft:

Gutachter KBV ☐

Mitgliedschaft in anderen Fachgesellschaften/Berufsverbänden:

_____

Funktionen in Fachgesellschaften/Berufsverbänden und berufspolitischen Gremien

_____

(Bitte **nur eine** Anschrift angeben, dienstlich **oder** privat, gilt auch als **Zustelladresse** für die Zeitschriften.)

Tätigkeit in:		
( ) Hochschule		
( ) Klinik		
( ) Praxis		
( ) Sonstiges: _____		
Funktion: _____		
In Weiterbildung:	**Seit (Jahr)**	
Facharzt/-ärztin Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		☐
Fachgebiete:		
Psychosomatische Medizin u. PT/Psychotherapeutische Medizin		☐
Psychiatrie und PT:		☐
Kinder- und Jugendpsychiatrie u. PT		☐
Sonstige Fachgebiete: (bitte ausschreiben)		
Zusatzbezeichnungen:		
Psychoanalyse:		☐
Psychotherapie-fachgebunden:		☐
Sozialmedizin:		☐
Rehabilitationswesen:		☐
Sonstige Zusatzbezeichnungen: (bitte ausschreiben)		
Schwerpunkte **Verfahrensschwerpunkte:**		
Dynamische Psychotherapie:		☐
Verhaltenstherapie:		☐
Arbeitsschwerpunkte (erworbene Kenntnisse und Erfahrungen):		
Suchtmedizin:		☐
Sexualmedizin:		☐
Schmerztherapie:		☐
Psychotraumatologie:		☐
Paar- u. Familientherapie:		☐
Gruppentherapie:		☐
Sonstige: (bitte ausschreiben)		
Weiterbildungsbefugnis für:	**Dauer der Befugnis (Mon):**	
Psychosomatische Medizin u. PT/Psychotherapeutische Medizin:		☐
Psychiatrie und Psychotherapie u. PT:		☐
Kinder- und Jugendpsychiatrie u. PT:		☐
Sonstige Fachgebiete: (bitte ausschreiben)		

Die Mitgliedschaft im Bundesverband beinhaltet zugleich die Mitgliedschaft im jeweiligen Landesverband und umgekehrt.

Die 12-monatige Probemitgliedschaft endet nicht automatisch, sondern durch Austritt. Der Austritt muss schriftlich mit einer Kündigungsfrist von spätestens einem Monat zum Ende der Probemitgliedschaft gegenüber dem Bundesvorstand erklärt werden und der Geschäftsstelle fristgerecht zugehen (info@dgpm.de).

Sofern ich nicht fristgerecht kündige, geht die einjährige Probemitgliedschaft automatisch in eine ordentliche Mitgliedschaft im für den Tätigkeitsort des Probemitglieds zuständigen Landesverbandes über. Der Beitrag wird gemäß Beschluss der Mitgliederversammlung obligatorisch im Lastschriftverfahren eingezogen. Eine ausgefüllte und unterschriebene Einzugsermächtigung liegt bei.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an und erteile Ihnen die Erlaubnis, meine angegebenen Daten unter Beachtung der Bestimmungen der DSGVO zu speichern. Die Datenschutzerklärung der DGPM finden Sie auf der DGPM Homepage im Impressum: www.dgpm.de/de/impressum/

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

SEPA-Lastschrift-Mandat

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die

Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM e.V.)
Robert-Koch-Platz 4, 10115 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: DE _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _

Ort, Datum und Unterschrift