



Antrag auf Fördermitgliedschaft bei der Deutschen Gesellschaft für Nährstoffmedizin und Prävention e. V. (DGNP)

zwischen

DGNP e. V.
Zuckerbergweg 2
38124 Braunschweig
Tel: 0531 – 2349153
Fax: 0531 – 2633100
E-Mail: info@dgnp.de

und

E-Mail: _____

Mitglied (Arztstempel)

DGNP Aufstellung der Fördermitgliedsbeiträge (gruppenbezogen) Jährliche Gebühr

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Medizinstudent/-in bzw. Zahnmedizinstudent/in | 0 € |
| <input type="checkbox"/> Arzt/Zahnarzt/ärztin in Ausbildung (Assistenzarzt/ärztin) | 75 € |
| <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt/Ärztin bzw. Zahnarzt/Zahnärztin | 150 € |
| <input type="checkbox"/> Chefarzt/-ärztin; leitender Oberarzt/-ärztin (Arzt bzw. Zahnarzt) | 200 € |
| <input type="checkbox"/> Mitglieder im Ruhestand (Arzt und Zahnarzt im Ruhestand) | 65 € |

Die Fördermitgliedschaft erlischt durch schriftliche Austrittserklärung gegenüber dem Vorstand mit Wirkung zum Ende des laufenden Kalenderjahres. Die Austrittserklärung muss spätestens bis zum 30. September des laufenden Kalenderjahres schriftlich zugegangen sein. Für das laufende Kalenderjahr bleibt die Beitragszahlungspflicht bestehen.

Zahlungsweise (Bitte wählen Sie aus!)

- Zahlung per Bankeinzug**

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich meinen/unseren DGNP Jahresbeitrag einmal jährlich von meinem/unserem Konto einzuziehen.

Kontoinhaber _____ Institut _____

Kontonummer _____ Bankleitzahl _____

- Zahlung per Rechnung** – wiederkehrend ein Jahr im Voraus.

Datum

Unterschrift Gesellschaft

Datum

Unterschrift Mitglied