

Aufnahmeantrag (Application for Membership)

An die
Deutsche Phytomedizinische Gesellschaft e.V.
- Dr. Falko Feldmann -
Messeweg 11/12
38104 Braunschweig

Ich beantrage die Aufnahme in die Deutsche
Phytomedizinische Gesellschaft e.V. als
bitte ankreuzen (please mark with cross)

- Ordentliches Mitglied (Full member) 60 € /a
 Mitglied in Ausbildung (Member in education) 15 € /a
 Fördermitglied (Sponsor) min 600 € /a
- Herr (Mr.) Frau (Mrs.) Titel

Name (Name) Vorname (First Name)

Geburtsdatum (Date of Birth)

Dienstadresse (Professional Address)

Institution/Firma (Institution/Company)

Privatadresse (Private Address)

Straße, Hausnummer (Street, House Number)

Abteilung (Department)

PLZ, Ort (Postal Code, City)

Straße, Hausnummer (Street, House Number)

Bundesland (State)

PLZ, Ort (Postal Code, City)

Land (Country)

Land (Country)

Telefon (Phone)

Telefon (Phone)

Email (Email)

Email (Email)

Private Daten für Internes Mitgliedsverzeichnis freigeben
(Private Data should be included in memberlist)

Dienstliche Daten für Internes Mitgliedsverzeichnis freigeben
(Professional Data will be included in memberlist)

Ich erkläre mich einverstanden, dass die o.g. Daten zum Zwecke der Mitgliederverwaltung elektronisch gespeichert, meine beruflichen Angaben für ein internes Mitgliederverzeichnis (elektronisch und gedruckt) verwendet werden können. Dies trifft auch für meine privaten Daten zu, wenn ich dies oben kenntlich gemacht habe. **Sämtliche Post wird an die Privatadresse zugestellt** (außer bei Fördermitgliedern oder nach besonderer Vereinbarung).

Wenn ich die Mitgliedschaft als ordentliches Mitglied in Ausbildung beantrage, verpflichte ich mich widerruflich, eine Einzugsermächtigung zur Abbuchung des Mitgliedsbeitrages von meinem Konto zu erteilen (gesondertes Formular). Ferner nehme ich zur Kenntnis, dass die Angaben zur Ausbildungsstätte (dienstl. Adresse) verpflichtend ist und dass ich nur für die Dauer von maximal 3 Jahren »Mitglied in Ausbildung« sein kann.

Ordentliche Mitglieder können bei Vorliegen von Härten Anträge auf Beitragsreduktion stellen (gesondertes Formular).

Ort und Datum

Unterschrift