



## Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.

### Aufnahmeantrag (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

- Ich möchte in die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) und in die Europäische Gesellschaft für Klinische Ernährung und Stoffwechsel (ESPEN) als Mitglied aufgenommen werden.
- Ich bin bereits Mitglied der DGEM und möchte die Vorteile einer ESPEN-Blockmitgliedschaft nutzen und deshalb auch in die ESPEN aufgenommen werden.

**Ausführlicher Titel:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Familienname:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

Ich arbeite als niedergelassener Arzt  in der Klinik  als \_\_\_\_\_

**Privatadresse:**

PLZ, Straße, Nr., Ort

Emailadresse: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

**Dienstadresse:**

PLZ, Straße, Nr., Ort

Emailadresse: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie mir Post u. Zeitschrift an meine Privatadresse  an die Dienstadresse

**Mit der internen Veröffentlichung meiner Dienstadresse , meiner Privatadresse  bin ich einverstanden** (auf dem für Mitglieder passwortgeschützten Bereich der DGEM-Homepage)

- Mit dem jährlichen Bankeinzug des kombinierten Beitrags für die DGEM (75 € inkl. des Jahresbezugspreises für die Zeitschrift "Aktuelle Ernährungsmedizin" und eines Portoanteils) und die ESPEN (80 € für Blockmitgliedschaft) bin ich einverstanden.** (DGEM 75 € + ESPEN 80 € = 155 €)

Ich verpflichte mich, Änderungen von Bankverbindung oder Adresse rechtzeitig der Gesellschaft mitzuteilen. Sofern ich die DGEM/ESPEN Mitgliedschaft nicht mehr wünsche, werde ich die DGEM unter Einhaltung der Kündigungsfrist, gemäß Satzung informieren.

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V., den jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGEM e. V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Die Gläubiger ID und Mandatsreferenznummer erhalte ich mit gesonderter Post.

**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.

**IBAN** \_\_\_\_\_

**BIC** \_\_\_\_\_

**bei:** \_\_\_\_\_

(Bank, Sparkasse)

**Ort / Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

- Ich überweise den Jahresmitgliedsbeitrag derzeit insgesamt 155 € bis 15.1. eines jeden Jahres.** Die Bankverbindung wird Ihnen mitgeteilt; es erfolgt **keine** jährlich gesonderte Rechnungsstellung.

Bitte originalunterschrieben **per Post** (kein Fax) schicken an: DGEM e. V. – Info- und Geschäftsstelle Frau Christina Protz  
Olivaer Platz 7 10707 Berlin