

Antrag auf Mitgliedschaft

Antrag auf Mitgliedschaft – Datenstammblatt

Die einmalige Aufnahmegebühr beträgt € 35,00, der derzeitige Jahresbeitrag beträgt € 90,00 für Gesundheitsfachberufe und 120 € für Ärzte. Die Satzung der DGfW e.V. können Sie auf unserer Homepage unter www.dgfw.de einsehen. Wir bitten Sie um vollständige Angaben. Dies ermöglicht uns eine optimale Betreuung und stellt sicher, dass Sie alle Informationen rechtzeitig erhalten. Zutreffendes kreuzen Sie bitte an. Können Angaben nicht gemacht werden, tragen Sie bitte ein: nicht vorhanden (nv).

Herr Frau

Anrede

Akad. Titel

Geburtsdatum

Name

Vorname

Adresse

Privatadresse (erforderlich)

Dienstadresse

Straße, Nr.

Einrichtung (Name des Klinikum – der Klinik – der Abteilung)

Postfach

Straße, Nr.

PLZ

Ort

PLZ

Ort

Land

Land

Telefon

Fax

Telefon

Fax

Persönliche E-Mail – Voraussetzung für den Zugang zum internen Mitgliederbereich

E-Mail

Bitte senden Sie die **Post** an meine

Privatadresse

Dienstadresse

Beruf

Berufsausübung als

Angestellter

Selbständiger

freier Mitarbeiter

Beruf/Tätigkeit

Sonstige

Aktive Mitarbeit

Ich habe Interesse an **aktiver Mitarbeit in Arbeitsgruppen**

Ja

Nein

Meine Interessen sind:

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Entwicklung von Leitlinien

Forschung und evidenzbasierte Medizin

Kriterien Wundkompetenzzentren

EDV-gestützte Wunddokumentation

Versorgungs- und Vergütungsstrukturen

Internetpräsentation

Zeitschrift für Wundheilung, Newsletter

Gesundheitspolitik/Patienteninformation

FGs

Ich bin Mitglied in anderen **Fachgesellschaften**

Ja

Nein

Fachgesellschaften

Wundnetz

Ich bin Mitglied in einem **Wundnetz, Wundzentrum, Wundzirkel oder ähnliches ***

Ja

Nein

Ich bin an der Mitarbeit in einem Wundnetz interessiert *

Ja

Nein

Ich habe Interesse, ein Wundnetz/Wundzentrum zu gründen

Ja

Nein

* Wenn ja, bitte Name und Region angeben:

Name und Region

Bestätigung

Ort

Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

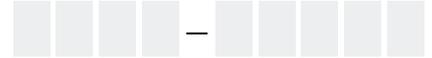
SEPA-Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V.

Glaubrechtstraße 7, 35392 Gießen
Gläubiger-Identifikationsnummer

DE20ZZZ00000132305



Mandatsreferenz (=Mitgliedsnummer) *wird von der DGfW ausgefüllt*

Ermächtigung

Ich ermächtige die

Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V.

Glaubrechtstraße 7, 35392 Gießen,

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung 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.

Mitglied

Nachname

Vorname

Kontoinhaber

Nachname

Vorname

Straße, Nr.

PLZ und Ort

Bankverbindung

Kontonummer

Bankleitzahl

Name des Kreditinstituts

Konto

PLZ und Ort

BIC

D E

IBAN

Bestätigung

Ort

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers