Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V.
German Pain Association · Société Allemande de la Douleur

Titel: _____ **Vorname:** _____ **Name:** _____

Geburtsdatum: _____ **Beruf:** _____ **Fachrichtung:** _____

Privatanschrift: _____ **Ort:** _____

Straße: _____

Schriftwechsel bitte an: **O Dienstanschrift O Privatanschrift** (zutreffendes bitte ankreuzen)

Beschäftigt in Praxis / Klinik / sonstiges:

_____

Straße: _____

PLZ: _____ **Ort:** _____

Erreichbar Telefon: _____ **Fax:** _____

e-mail: _____

.....
Ort, Datum Unterschrift/Stempel

( ) Ich habe Interesse am Aufbau eines interdisziplinären Schmerzzentrums in meiner Nähe

---

Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Kalenderjahr € 100, für Ärzte, Psychologen, Naturwissenschaftler, € 50 für Assistenzärzte (Ermäßigung gilt für 2 Jahre), € 25 für Angehörige medizinischer Assistenzberufe. Freie Mitgliedschaft für Studenten/AiP sowie Angehörige medizinischer Assistenzberufe in Mitgliedspraxen. Die Teilnahme am Einzugsverfahren ist obligatorisch.

Ermächtigung zum Einzug der Mitgliedsbeiträge mittels Lastschrift

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, ab ..... den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

_____
Name des Kreditinstituts Konto-Nr. Bankleitzahl

....
Ort, Datum Unterschrift

Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V. (Geschäftsstelle) Adenauer Allee 18, 61440 Oberursel/Ts., Telefon +49(0)6171 – 2860- 20, Fax +49(0)6171- 2860- 22, e-mail: info@dgschmerztherapie.de