

Antrag auf Mitgliedschaft in der DGPP

(Bitte einsenden an die DGPP-Geschäftsstelle, Nikolaistraße 29, 37073 Göttingen)



Akad. Titel

Vorname

Name

☐

Adresse dienstlich

☐

Adresse privat

Klinik/Institut

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail

Telefon

Fax

Hiermit beantrage ich die persönliche Mitgliedschaft in der DGPP als

☐

Vollmitglied

260 Euro Mitgliedsbeitrag jährlich für
Kollegen mit abgeschlossener Weiter-
bildung zur Fachärztin/zum Facharzt

☐

Juniormitglied

85 Euro Mitgliedsbeitrag jährlich
für Kollegen in der Weiterbildung
zur Fachärztin/zum Facharzt

Ich habe folgende berufliche Qualifikation erworben (Staatsexamen, Abschluss)

Ich befinde mich in der Weiterbildung

☐

ja

☐

nein

Ich benenne diese zwei Bürgen, die mit ihrer Unterschrift (oder einem formlosen Votum)
meine Aufnahme in die DGPP befürworten.

Bürge 1

Bürge 2

Name

Name

Vorname

Vorname

Unterschrift

Unterschrift

Antragsteller

Ort, Datum

Unterschrift