

Antrag auf Mitgliedschaft in der DGPP

(Bitte einsenden an die DGPP-Geschäftsstelle, Nikolaistraße 29, 37073 Göttingen, Fax +49 551 48857-79)

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 **Juniormitglied**
 260 Euro Mitgliedsbeitrag jährlich für 85 Euro Mitgliedsbeitrag jährlich
 Kollegen mit abgeschlossener Weiter- für Kollegen in der Weiterbildung
 bildung zur Fachärztin/zum Facharzt zur Fachärztin/zum Facharzt

Ich habe folgende berufliche Qualifikation erworben (Staatsexamen, Abschluss)

Ich befinde mich in der Weiterbildung ja nein

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

Bürge 1	Bürge 2
Name	Name
<hr/>	<hr/>
Vorname	Vorname
<hr/>	<hr/>
Unterschrift	Unterschrift
<hr/>	<hr/>

Antragsteller

Ort, Datum Unterschrift
