



## Antrag auf Mitgliedschaft

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Public Health e.V. als

Person

Institution/Fachgesellschaft (Bitte begründen Sie ihren Mitgliedswunsch auf Seite 2)

\_\_\_\_\_  
Titel | Vorname | Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Studierende geben bitte hier ihr Studienfach an

### Anschrift

privat

dienstlich

\_\_\_\_\_  
Straße | Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Institution | Abteilung

\_\_\_\_\_  
PLZ | Ort

\_\_\_\_\_  
Straße | Hausnummer

\_\_\_\_\_  
E Mailadresse

\_\_\_\_\_  
PLZ | Ort

\_\_\_\_\_  
E Mailadresse

Bitte beschreiben Sie hier den Bezug Ihrer Tätigkeit zu Public Health:

Ich interessiere mich für die Mitarbeit in einem der bestehenden Fachbereiche bzw. schlage die Neugründung folgenden Fachbereichs vor:

Forschung

Global Health

Ihr  
Vorschlag

Lehre

Studierende

\_\_\_\_\_  
Bitte eintragen

Fachbereiche zu den Themen Electronic Public Health, Gesundheit & Arbeit und Public Health Ethik sind aktuell in Gründung.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in einer Anwendung zur Mitgliederverwaltung auf einem Server in Deutschland verwaltet und nur zu satzungsgemäßen Zwecken verwendet werden. Dieses sind insbesondere die Mitgliederverwaltung, der Einzug der Beiträge sowie die Kommunikation miteinander. Die von mir hinterlegte E-Mailadresse wird ferner in Mailinglisten auf einem Server in Deutschland eingetragen, die den Versand des DGPH-Newsletters sowie den Austausch innerhalb und zwischen den Fachbereichen, in denen Sie mitarbeiten, erleichtern. Sie können diese Listen jederzeit abbestellen, indem Sie eine E-Mail an unser Sekretariat senden ([sekretariat@dg-public-health.de](mailto:sekretariat@dg-public-health.de)).

Bitte **unterzeichnen** Sie diesen Antrag, tragen auf der **Rückseite** ihre **Bankverbindung** ein, unterschreiben auch dort und senden uns den Antrag zu. Ohne Angabe der Bankverbindung kann der Antrag nicht bearbeitet werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Gesellschaft für Public Health den jährlichen Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines nachstehend bezeichneten Kontos einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt aktuell für institutionelle Mitglieder 125 Euro, für individuelle Mitglieder 80 Euro und für Studierende 24 Euro (Immatrikulationsbescheinigung beifügen)

### Bankverbindung

**Bitte senden Sie den unterschriebenen Antrag per Post an:**

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber\*in

Geschäftsstelle der DGPH  
z.Hd. Frau Prof. Dr. Faller  
Hochschule für Gesundheit Bochum  
Gesundheitscampus 6-8  
44801 Bochum

\_\_\_\_\_  
Name des kontoführenden Instituts

Oder per Mail an:  
sekretariat@dg-public-health.de

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Datum | Unterschrift

Als Institution/Fachgesellschaft begründen Sie bitte hier ihren Wunsch auf Mitgliedschaft

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

[nur vom Sekretariat der DGPH auszufüllen]

## Aufnahmebeschluss durch den Vorstand

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift