



DGKJP-Mitgliederservice
 Hauptgeschäftsstelle Berlin
 Frau Nicole Schardien
 Reinhardtstraße 14
 10117 Berlin



Deutsche Gesellschaft für
 Kinder- und Jugendpsychiatrie,
 Psychosomatik und
 Psychotherapie e.V.

Fax: 030 / 24 04 77 229

Antrag auf Mitgliedschaft / Übermittlung der Mitgliedsdaten

| | | |
|---|--|---|
| Anrede – Titel – Vorname – Nachname: | | Geburtsdatum: |
| Institution – Abteilung: | | |
| <input type="checkbox"/> eigene Praxis | | |
| Dienstanschrift: <input type="checkbox"/> Zeitschriften / Post an die Dienstanschrift | Private Anschrift: <input type="checkbox"/> Zeitschriften / Post an die private Anschrift | |
| Land – Bundesland | Funktion – Tätigkeit | |
| <input type="checkbox"/> Anerkennung als Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie | | |
| Telefon dienstlich | Telefax dienstlich | Telefon / Mobilnummer / Telefax privat: |
| E-Mail dienstlich | E-Mail privat | |
| <input type="checkbox"/> Ich bin mit der Aufnahme meiner E-Mail-Adresse privat / dienstlich in eine Verteilerliste der DGKJP zum Zwecke der Aussendung von Informationen des Vorstandes an die Mitglieder einverstanden <input type="checkbox"/> nicht einverstanden | | |
| Beitragseinzug vom Konto-Nr.: | Bankleitzahl | Bank |
| Status laut Beitragsordnung | Beitrag laut Beitragsordnung | |
| <input type="checkbox"/> Ich bin Mitglied BAG | <input type="checkbox"/> Ich bin Mitglied BKJPP | |

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. widerruflich

- den Mitgliedsbeitrag,
- den Rechnungsbetrag für die Zeitschrift European Child & Adolescent Psychiatry (sofern ich diese bestelle),

bei Fälligkeit zu Lasten meines oben genannten Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Mir ist bekannt, dass die DGKJP bei der Rückgabe von Lastschriften mit Gebühren belastet wird. Änderungen der Kontoverbindungen werde ich der Berliner Geschäftsstelle zeitnah mitteilen.

Ort / Datum: Unterschrift:

Hiermit bestätige ich auch gleichzeitig die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Informationen zur Mitgliedschaft

Der Mitgliedsbeitrag beträgt ab 01.01.2010:

- 480,00 € für leitende Klinikärzte und Lehrstuhlinhaber
- 330,00 € für angestellte Ärzte in leitender Position / niedergelassene Kollegen in eigener Praxis (Chef und Abteilungsärzte, ltd. Oberärzte)
- 150,00 € für angestellte Ärzte, in nicht leitender Position (Weiterbildungsassistenten, Fachärzte und Oberärzte)
- 150,00 € für Personen im Ruhestand oder derzeit nicht berufstätig sind.

Angehörige nicht-ärztlicher Berufe werden in Analogie zu o. g. Ärzte-Gruppen eingestuft.

Im Mitgliedsbeitrag ist die Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie enthalten (6 Hefte im Jahr).

Sie haben außerdem die Möglichkeiten:

1. Die Zeitschrift „**European Child & Adolescent Psychiatry**“ zu einem günstigeren Preis als Nicht-Mitglieder zu beziehen. Der Inlandspreis beträgt 101,90 € und fürs Ausland 120,90 € incl. 7 % Umsatzsteuer, Porto und Verpackung). Mit meiner nachfolgenden Unterschrift beteilige ich mich an der Sammelbestellung der Zeitschrift „European Child & Adolescent Psychiatry“ zu den bereits genannten Bedingungen:

Ort / Datum: Unterschrift: