



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

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

**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 <b>Dienstanschrift</b>  | Private Anschrift: <input type="checkbox"/> Zeitschriften / Post an die <b>private Anschrift</b> |   |
| 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<br><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 Oberärzte, leitende Psychologen und niedergelassene Kollegen in eigener Praxis
- 150,00 € für Oberärzte, Assistenzärzte und Diplompsychologen in Teilzeit oder im Erziehungsurlaub
- 150,00 € für Rentner und Pensionäre

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. Für das Jahr 2009 beträgt der Inlandspreis 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: .....