

Aufnahmeantrag

in die Deutsche Gesellschaft für Audiologie e.V.



Deutsche Gesellschaft für Audiologie e.V.
 Geschäftsstelle
 c/o HörTech gGmbH
 Marie-Curie-Straße 2
 D - 26129 Oldenburg

Telefon: +49 441 2172 – 500
 Telefax: +49 441 2172 – 550
 Email: info@dga-ev.com

Neuaufnahme Änderungsmeldung

gültig ab

Tag	Mon.	Jahr

Bei der Änderungsmeldung bitte nur die zu ändernden Daten und die Mitgliedsnummer einsetzen. **Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!**

Mitglieds-Nr.

Tag	Mon.	Jahr

Nachname

Geburtsdatum

Vorname

Geschlecht (W/M)

Akademische(r) Grad(e)

Universität / Firma

Institut / Klinik / Abteilung

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Straße (Privatadresse)

Hausnummer

PLZ (Privatadresse)

Ort (Privatadresse)

Staatsangehörigkeit

Telefon

Telefax

Email

Fach (ordentliche Mitglieder)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Biowissenschaften | <input type="checkbox"/> Physik |
| <input type="checkbox"/> Theoretische Medizin | <input type="checkbox"/> Ingenieurwissenschaften |
| <input type="checkbox"/> Klinische Medizin | <input type="checkbox"/> Pädagogik |
| <input type="checkbox"/> Psychologie | <input type="checkbox"/> Andere |

Fach (außerordentliche Mitglieder)

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medizinisch-Technische Assistent/in | <input type="checkbox"/> Logopädin/e |
| <input type="checkbox"/> Hörgeräte-Akustiker/in | <input type="checkbox"/> andere |
| <input type="checkbox"/> Gewerbetreibende/r | |

Arbeitgeber

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> (Fach-) Hochschule, Universität | <input type="checkbox"/> Schule |
| <input type="checkbox"/> Klinik | <input type="checkbox"/> Freiberufliche Praxis |
| <input type="checkbox"/> Industrie | <input type="checkbox"/> Hörgeräte-Akustiker-Betrieb |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Einrichtungen | <input type="checkbox"/> Ruhestand |

Berufsqualifizierender Abschluss

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss Fachhochschulabschluss | <input type="checkbox"/> Meister |
| <input type="checkbox"/> Medizinisch-Technischer Ausbildungsabschluss | <input type="checkbox"/> Gesellenprüfung |
| <input type="checkbox"/> Studium / Ausbildung | <input type="checkbox"/> andere |

Akademische Grade

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Promotion | <input type="checkbox"/> Professur |
| <input type="checkbox"/> Habilitation | |

Bei Anträgen auf ordentliche Mitgliedschaft:

1. Bürge (Mitglied der DGA)

2. Bürge (Mitglied der DGA)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Mitgliedsbeitrag

Sollten Sie keine Lastschriftzugsermächtigung erteilen, erhöht sich der jährliche Mitgliedsbeitrag um 2,50 €.

Der Mitgliedsbeitrag beinhaltet

- Regelmäßiger Bezug der „Zeitschrift für Audiologie“
- Ermäßigter Bezug für das wissenschaftliche Publikationsorgan „Audiology & Neuro-Otology“
- Ermäßigte Tagungsgebühren bei der DGA-Jahrestagung

Beitragshöhe (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 120,00 € | <input type="checkbox"/> 122,50 € | <input type="checkbox"/> 50,00 € | <input type="checkbox"/> 52,50 € |
| <input type="checkbox"/> Lastschriftzugang (bitte beiliegende Lastschriftzugsermächtigung ausgefüllt zurücksenden) | | | |

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass die DGA meine Daten für interne Zwecke speichert und gemäß der DGA-Satzung verwendet. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

Ort

Datum

Unterschrift

Deutsche Gesellschaft für Audiologie e. V.
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE71ZZZ00000631810
Mandatsnummer:



Bitte senden an:

Deutsche Gesellschaft für Audiologie
c/o Haus des Hörens
Marie-Curie-Straße 2
26129 Oldenburg

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Audiologie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Audiologie auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Daten des Kontoinhabers:

Name:

Kreditinstitut (Name):

Kontonummer:

BLZ:

BIC:

IBAN:

Eine nachträgliche Änderung der Daten ist nicht zulässig. Bei fehlerhaften Daten ist ein neues SEPA-Lastschriftmandat erforderlich!

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers