



Deutsche Sepsis-Gesellschaft e.V. (DSG)

- Mitgliedsantrag -

- Ich möchte Mitglied der Deutschen Sepsis-Gesellschaft werden.
(Jahresbeitrag: 50,00 EUR)
- Ich möchte ermäßigtes Mitglied der Deutschen Sepsis-Gesellschaft werden.
(Ruheständler, Studenten - Jahresbeitrag: 6,00 EUR, bitte Ermäßigungsnachweis beifügen!)
- Unsere Firma möchte juristisches Mitglied der Deutschen Sepsis-Gesellschaft werden. (gestaffelter Jahresbeitrag nach Mitarbeiterzahl, siehe Beitragsordnung der Satzung)

Persönliche Angaben / Ansprechpartner

Name Vorname Geburtsdatum

Akademischer Titel Beruf / Ausgeübte Tätigkeit

Dienstanschrift

Krankenhaus/Klinik/Praxis

Abteilung

Straße PLZ/Ort

Telefon/Handy (dienstlich) E-Mail-Adresse (dienstlich)

Privatanschrift

Straße PLZ/Ort

Telefon/Handy (privat) E-Mail-Adresse (privat)

Korrespondenzadresse

Postsendungen bzw. E-Mails wünsche ich an die

- Dienstanschrift Privatanschrift

Die Daten werden ausschließlich zu Zwecken der Mitgliederverwaltung maschinell gespeichert.

Zahlung des Jahresbeitrages

Mitgliedsbeiträge sind als Spenden abzugsfähig.

- per Überweisung bis zum 31. Januar des jeweiligen Beitragsjahres auf das Konto der Deutschen Sepsis-Gesellschaft: **Sparkasse Jena, BLZ 83053030, KN 12106, IBAN: DE78 8305 3030 0000 0121 06, BIC: HELADEF1JEN**
- per Einzugsermächtigung / SEPA Lastschriftmandat

DEUTSCHE SEPSIS-GESELLSCHAFT E.V., ERLANGER ALLEE 101, 07747 JENA

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE97ZZZ00000864239

Einzugsermächtigung / SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Deutsche Sepsis-Gesellschaft e.V., Zahlungen jährlicher Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Sepsis-Gesellschaft e.V. 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

Ich möchte die Zeitschrift **IntensivNews** kostenfrei erhalten und bin einverstanden, dass meine Adressdaten ausschließlich zu diesem Zweck an die Medicom Verlags GmbH weitergegeben werden.

Ja

Nein

Die Satzung einschließlich der Beitragsordnung habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum / Unterschrift

Das Formular bitte **per Post mit Originalunterschrift** zurücksenden an:

Deutsche Sepsis-Gesellschaft e. V., Waldenserstraße 2-4, 10551 Berlin