



dgi

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT
FÜR INFEKTILOGIE e.V.

www.dgi-net.de

Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e.V.
dgi-Geschäftsstelle
Nürnberger Straße 16
D-10789 Berlin

dgi-Geschäftsstelle
Nürnberger Straße 16
D-10789 Berlin
Telefon: 030 - 3980 193 10
Telefax: 030 - 3980 193 25
E-Mail: administration@dgi-net.de

Aufnahmeantrag: (Bitte reichen Sie Ihren Antrag ausschließlich auf dem Postweg ein.)

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft in der DGI

Frau Herr

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Akadem. Grad: _____ Dienststellung: _____

Dienstadresse:

Klinik / Institut / Praxis: _____

Straße / Hausnummer: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon / Fax: _____ E-Mail: _____

Privatadresse:

Straße / Hausnummer: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon / Fax: _____ E-Mail: _____

Bitte senden Sie meine Post an meine: Privatadresse Dienstadresse

Abonnement der Zeitschrift „Infection“:

Ich möchte „INFECTION“ als Printversion zusätzlich zum Online-Abonnement zum Preis von € 25,- pro Jahr (inkl. Versand) abonnieren:

Ja

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige die DGI, die von mir zu entrichtende Zahlung mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGI auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Der Jahresbeitrag (jeweils inkl. „INFECTION“ online) beträgt € 100,- bzw. bei Mitgliedern bis zum 35. Lebensjahr € 50,-

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE04DGI00000735351

Die Mandatsreferenz-Nummer teilt Ihnen die DGI bei Aufnahme in den Verein separat mit.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut: _____ BIC: _ _ _ _ _ | _ _ _ _

IBAN: _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Ort, Datum

Unterschrift



dgi

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT
FÜR INFEKTILOGIE e.V.

www.dgi-net.de

Optional:

Ich möchte in folgender Sektion Mitglied werden und mitarbeiten.

Frau Herr

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Akadem. Grad: _____ Dienststellung: _____

Klinik / Institut / Praxis: _____

Straße / Hausnummer: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon / Fax: _____ E-Mail: _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mykobakteriosen | <input type="checkbox"/> Nosokomiale Infektionsprävention |
| <input type="checkbox"/> Pulmonale Infektionen | <input type="checkbox"/> Junge Infektiologen |
| <input type="checkbox"/> Antibiotic Stewardship | <input type="checkbox"/> HIV-Medizin |

Ort, Datum

Unterschrift