

An die
Deutsche Gesellschaft für
Epileptologie e.V.
c/o DGN Service GmbH
Friedrichstr. 88
10117 Berlin



**Deutsche
Gesellschaft für
Epileptologie**

Betr.: Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Deutschen Gesellschaft für Epileptologie e.V. (DGfE)
Die Ziele der DGfE sind mir bekannt. Die Satzung finden Sie auf der Webseite www.dgfe.org

reguläres Mitglied (125€ Jahresbeitrag)

Mitglied im Ruhestand (62,50€ Jahresbeitrag)

junge Ärztin / junger Arzt / MTA / MFA (ermäßigter Beitrag 80€ Jahresbeitrag)

Sozialarbeiter:innen/Dipl.Pädagog:innen/Erzieher:innen (62,50€ Jahresbeitrag)

Student:in (kostenlos)

Probemitglied (3 Monate beitragsfrei)

Mitglied bei den Jungen Epileptologen (erstes Jahr beitragsfrei) angabe Geb. erforderlich

Geburtsdatum:

Anrede: *

Herr

Frau

Divers/Non-binär

Titel

Name

Vorname

Dienstlich

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Dienststellung, Fach

Klinik / Praxis

Abteilung

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Stadt

Land

Privat

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Stadt

Land

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Ich stimme der aktuellen Version der Satzung der DGfE zu (Pflichtfeld)

Ich stimme der aktuellen Datenschutzerklärung zu (Pflichtfeld)

Ich stimme der Datenverarbeitung durch die DGfE (DSGVO Konform) zu (Pflichtfeld)

Ich stimme der internen Korrespondenz zu (Pflichtfeld)

Ich stimme der Weitergabe meiner Email Adresse an die International League Against Epilepsy (ILAE) zu

Zum Erhalt der Zeitschrift "Clinical Epileptology" wünsche ich

Online Zugang - ich stimme der Weitergabe der E-Mail-Adresse an den Springer-Verlag GmbH zu

Zustellung per Post an meine Privatadresse - ich stimme der Weitergabe meiner Adresse an den Springer-Verlag GmbH zu

SEPA-Lastschriftformular

Ich ermächtige den Verein Deutsche Gesellschaft für Epileptologie e. V.,
Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein
Kreditinstitut an, die vom Verein Deutsche Gesellschaft für Epileptologie 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.

Name der Bank (Pflichtfeld)

IBAN (Pflichtfeld)

BIC (Pflichtfeld)

Kontoinhaber

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Stadt

Land

Datum