



Antrag auf Aufnahme

Name _____ Vorname _____
(bitte Druckschrift)

Akad.Grad _____ Geburtsjahr _____

Arzt/FA _____
oder
anderer Beruf _____

Privatanschrift _____
(Ort) (Straße / P.O.B.)

Tel. / Fax: _____ e-mail: _____

Dienststelle / Praxis _____

_____ (Ort) (Straße / P.O.B.)
Tel. / Fax: _____ e-mail: _____

Ich wünsche die **Post**-Zusendungen der DTG an die private / dienstliche Adresse.
Ich wünsche die **e-Mail**-Zusendungen der DTG an die private / dienstliche Mailadresse.

Dienststellung /Funktion _____

Sonstige Angaben, die dem Antragsteller wichtig erscheinen (Auslandstätigkeit usw.)

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

Der Jahresbeitrag ohne Abonnement beträgt **50,00 €**, (ermäßigt* für Studierende und Personen im Ruhestand **20,00 €**).

DTG-Mitglieder können die englische wissenschaftliche Fachzeitschrift "*Tropical Medicine and International Health*" (12 Hefte) verbilligt abonnieren. Nähere Informationen unter <https://www.dtg.org/index.php/ueber-die-dtg/mitgliedschaft.html>

Mitgliedschaft regulär ermäßigt*

*für Personen im Ruhestand und Studierende (aktuelle Studienbescheinigung beifügen).

Adresse: Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin, Reisemedizin und Globale Gesundheit e. V., Bernhard-Nocht-Str. 74, 20359 Hamburg, Tel. 040-42818 478, Fax 040-3567 4092, e-mail: dtg@bnitm.de.
Bankverbindung: Commerzbank AG Hamburg, IBAN DE77 2008 0000 0500 4949 00, BIC DRESDEFF200.
Beiträge und Spenden sind nach § 10b EStG, § 11 Ziff. 5 KStG abzugsfähig.



**S E P A – Lastschriftmandat für eine wiederkehrende Lastschrift
des Jahresbeitrages für eine Mitgliedschaft in der DTG
Gläubiger - Identifikationsnummer DE22 ZZZ 00000270494**

Mandatsreferenz: DTG _____ * (* wird Ihre 4-stellige Mitgliedsnummer sein)



Der Jahresbeitrag beträgt **50,00 € (ermäßigt 20,00 €)**.
Ich ermächtige die DTG, diesen Betrag einmal im Jahr von meinem u.a. Konto mittels
Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DTG auf mein
Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

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

Vorname und Name

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut

BIC (11-stellig)

IBAN: D E ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Datum, Ort und Unterschrift