



Mitgliedsantrag

Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____ Fachrichtung: _____

Privatanschrift: Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Bundesland: _____

Dienstanschrift: Klinik/Praxis: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____ KV-Bereich: _____

Erreichbar Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Schriftwechsel bitte an: Dienstanschrift Privatanschrift (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ich beantrage:

Ordentliche Mitgliedschaft

Voraussetzungen

(Ein Kriterium muss erfüllt sein, bitte Zutreffendes ankreuzen. **Nachweise sind zu erbringen.**):

- Arzt mit Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie und / oder Palliativmedizin
- Algesiologe DGS e.V. bzw. DGSS e.V.
- Psych. Psychotherapeut mit Weiterbildung Spez. Schmerzpsychotherapie und/oder Psychoonkologie
- Arzt in Ausbildung zur Zusatzbezeichnung Spez. Schmerztherapie und / oder Palliativmedizin oder zu Algesiologe DGS bzw. DGSS
- Psychologe in Ausbildung zur Spez. Schmerzpsychotherapie und / oder Psychoonkologie
- Arzt oder Psychologe mit Einbindung in schmerz- oder palliativmedizinische Versorgungsstrukturen

Außerordentliche Mitgliedschaft

Arzt und / oder Psychologe

Der Mitgliedsbeitrag (siehe Beitragsordnung) ist nach Erhalt der Antragsbestätigung jährlich im Voraus zu entrichten.

Ich bin mit einem jederzeit widerrufbaren **Bankeinzug** des jährlichen Mitgliedsbeitrags einverstanden: ja nein
(Mitgliedsbeitrag 2011: ordentliche Mitgliedschaft 240,- €, Doppelmitgliedschaft DGS, DGSS, DGPSF, DGP, oder in einem regionalem schmerztherapeutischen Verband 180,- €, weniger als 50% Regelarbeitszeit 120,- €, außerordentliches Mitglied 120,- €)

Konto-Nr.: _____ BLZ: _____

Name und Ort des Kreditinstituts: _____

Ort, Datum

Unterschrift