



## Antrag auf Mitgliedschaft

Deutsche Gesellschaft  
für Krankenhaushygiene e.V.  
Geschäftsstelle  
Bleibtreustraße 12A  
10623 Berlin

Bitte schicken Sie den Aufnahmeantrag an  
nebenstehende Adresse zurück.

Telefon +49 30 8855 1615  
Telefax +49 30 8851 029

Bitte füllen Sie die Felder aus

Die Mitgliedschaft ist für alle auf dem Gebiet der Krankenhaus- bzw. Praxishygiene Tätigen bzw. Interessierten möglich. Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt (bitte zutreffendes ankreuzen)

- 100,- € Privatperson: Mitglieder mittlerer medizinischer Berufe (z.B. Hygienefachkräfte), Rentner, Studierende
- 130,- € Privatperson: Mitglieder in Berufen mit abgeschlossener Hochschulausbildung
- 180,- € Privatperson: Mitglieder in leitender Position
- 180,- € Institution: Firmen, Verbände, Vereine, Krankenhäuser
- 760,- € Institution: Fördermitglieder

Der Mitgliedsbeitrag schließt die kostenlose Lieferung des offiziellen Mitteilungsorgans der DGKH, der Zeitschrift Hygiene und Medizin, ein. Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag jeweils im Januar fällig. Die Mitgliedschaft beginnt, nachdem Sie die Bestätigung zur Mitgliedschaft erhalten haben und Sie den Mitglieds-Beitrag eingezahlt.

### Mitglied als Privatperson

Akad. Titel	Vorname	Name	Geburtsdatum
-------------	---------	------	--------------

### Mitglied als Institution

Einrichtung	Ansprechpartner (Vor-, Nachname)
-------------	----------------------------------

### Privatadresse (bei Mitglied als Privatperson erforderlich)

Anschrift	
Straße, Nr.	
PLZ	Ort
Telefon	Fax
E-Mail	

### Dienstanschrift

Anschrift	
Straße, Nr.	
PLZ	Ort
Telefon	Fax
E-Mail	

Bitte senden Sie die Post an meine  Privatadresse  Dienstadresse  
Bitte senden Sie die „Hygiene und Medizin“ an meine  Privatadresse  Dienstadresse

Ort	Datum	Unterschrift/Stempel
-----	-------	----------------------

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift einzuziehen:

Konto	Bankleitzahl	bei (kontoführendes Kreditinstitut)
-------	--------------	-------------------------------------

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum	Unterschrift(en)
------------	------------------

Einzugsermächtigung