



Antrag auf Mitgliedschaft

**Deutsche Gesellschaft
für Krankenhaushygiene e.V.
Geschäftsstelle
Joachimsthaler Straße 31-32
10719 Berlin**



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

Mitglied als Privatperson

Angabe der Privatadresse zwingend erforderlich, Dienstschrift optional

- 100 € Mitglieder mittlerer medizinischer Berufe (z.B. Hygienefachkräfte), Rentner, Studierende
- 130 € Mitglieder mit abgeschlossener Hochschulausbildung
- 180 € Mitglieder in leitender Position

- Ich möchte zur Zahlung der Mitgliedsgebühr eine **Rechnung** erhalten.
- Ich möchte zur Zahlung der Mitgliedsgebühr eine **Spendenquittung** erhalten.

Mitglied als Institution

Angabe der Dienstschrift zwingend erforderlich, Privatadresse nicht erforderlich

- 180 € Firmen, Verbände, Vereine, Krankenhäuser
- 760 € Fördermitglieder

Akad. Titel _____ Geburtsdatum _____

Einrichtung _____

Vorname _____ Nachname _____

Ansprechpartner (Vor-, Nachname) _____

Privatadresse

Anschrift _____

Anschrift _____

Straße, Nr. _____

Straße, Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Fax _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

E-Mail _____

Bitte senden Sie die Post an meine
Bitte senden Sie die „Hygiene und Medizin“ an meine
Bitte senden Sie die „Krankenhaus & Management“ an meine

- Privatadresse Dienstadresse
- Privatadresse* Dienstadresse* nicht gewünscht
- Privatadresse* Dienstadresse* nicht gewünscht

* bei Auswahl von „Privatadresse“ oder „Dienstadresse“ stimme ich der Weitergabe meiner Adresse an den jeweiligen Verlag zu.

- Ich habe die Bestimmungen zum Schutz meiner Daten (einsehbar unter <https://cutt.ly/FPYNSuB>) gelesen und akzeptiere diese.
- Ich habe die Satzung der DGKH (einsehbar unter <https://cutt.ly/iPYNXsf>) gelesen und akzeptiere diese.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift/Stempel _____



Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch SEPA-Lastschriftverfahren

**Deutsche Gesellschaft
für Krankenhaushygiene e.V.
Geschäftsstelle
Joachimsthaler Straße 31-32
10719 Berlin**

SEPA-Lastschriftverfahren

Gläubigeridentifikationsnummer DE76ZZZ00000952790
Mandatsreferenz WIRD SEPARAT MITGETEILT

SEPA-Lastschriftverfahren

Ich/wir ermächtige/n die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. auf mein/unser 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.

Mir ist bewusst, dass meine für die Zahlung relevanten Daten gemäß DS-GVO an das Zahlungsinstitut der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. übertragen werden.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße, Nr.

PLZ und Ort

Kreditinstitut (Name der Bank)

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift