



Antrag auf Mitgliedschaft

**Deutsche Gesellschaft
für Krankenhaushygiene e.V.
Geschäftsstelle
Joachimstaler Straße 10
10719 Berlin**



Telefon +49 30 8855 1615
Fax +49 30 8855 1616

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, Dienstanschrift optional

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

Mitglied als Institution

Angabe der Dienstanschrift zwingend erforderlich, Privatadresse nicht erforderlich

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

Akad. Titel _____ Geburtsdatum _____

Vorname _____ Nachname _____

Privatadresse

Anschrift _____

Straße, Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

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

- Privatadresse
- Privatadresse

- Dienstadresse
- Dienstadresse

Einrichtung _____

Ansprechpartner (Vor-, Nachname) _____

Dienstanschrift

Anschrift _____

Straße, Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

Ort _____ Datum _____ Unterschrift/Stempel _____





**Ermächtigung zum Einzug von Forderungen
durch SEPA-Lastschriftverfahren**

**Deutsche Gesellschaft
für Krankenhaushygiene e.V.
Geschäftsstelle
Joachimstaler Straße 10
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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße, Nr.

PLZ und Ort

Kreditinstitut (Name der Bank)

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift