



**DGPF e.V.**  
**Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische  
Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe e.V.  
Geschäftsstelle  
Budapester Str. 31  
01069 Dresden

### **Beitrittserklärung**

Aufgrund dieser Beitrittserklärung möchte ich Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie DGPF e.V. werden. Zweck der DGPF e.V. ist die Förderung von Wissenschaft, Forschung, Lehre und Weiterbildung auf dem gesamten Fachgebiet der psychosomatischen Geburtshilfe und Gynäkologie.

Im Besonderen gehören zu den Aufgaben der DGPF e.V.:

1. Die wissenschaftliche Erarbeitung und Verbreitung psychosomatischer Erkenntnisse in Geburtshilfe und Gynäkologie. Alle gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse werden der Allgemeinheit in geeigneter Form zeitnah zur Verfügung gestellt.
2. Die Abhaltung wissenschaftlicher Tagungen und Fortbildungsveranstaltungen auf dem gesamten Fachgebiet.

Mit den Zielen der DGPF e.V. erkläre ich mich einverstanden.

Angaben zu meiner Person: (bitte in Druckschrift oder Stempel):

Name:	_____	Vorname:	_____
Titel:	_____	Beruf:	_____
Straße:	_____	Praxis/Institut:	_____
PLZ:	_____	Wohnort:	_____
Telefon:	_____	Fax:	_____

Die genannte Adresse ist (bitte ankreuzen):

privat       Praxis       Universität       Krankenhaus

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Adresse auf der Homepage und im Rundbrief der DGPF e.V. einverstanden:

ja       nein

Meine E-Mail-Adresse lautet: \_\_\_\_\_

Beruflicher Werdegang in Stichworten:


---



---



---



---

Der derzeitige Mitgliedsbeitrag von 80,- Euro pro Jahr wird von mir unaufgefordert bis zum 31.03. eines Jahres entrichtet. Beitragsermäßigungen s. Homepage der DGPFPG : [www.dgpfg.de](http://www.dgpfg.de)

Datum	Unterschrift

**Einzugsermächtigung:**

Hiermit ermächtige ich die Kassenwartin der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie, den jeweils gültigen Jahresbeitrag für Mitglieder zugunsten der unten angegebenen Konten der Gesellschaft DGPFPG e.V. – Kassenwartin Dr. Dorothea Schuster – einzuziehen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass untenstehende Daten von der DGPFPG computermäßig (nicht vernetzt) erfasst werden.

Die Einzugsermächtigung gilt auch für mir von der DGPFPG in Rechnung gestellte Kosten für Fachliteratur, die von der DGPFPG angeboten und von mir persönlich schriftlich bestellt wird.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Datum	Unterschrift

**Kontaktdaten der DGPFPG:**Geschäftsstelle:

Budapester Str. 31, 01069 Dresden

Telefon: 0351 8975930

E-Mail: [info@dgpfg.de](mailto:info@dgpfg.de)

Telefax: 0351 8975939

Internet: [www.dgpfg.de](http://www.dgpfg.de)

Bankverbindung:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Düsseldorf

BLZ: 30060601

BIC (Swift Code): DAAEDED

Kontonr.: 000 6496 369

IBAN: DE31 3006 0601 0006 4963 69

Jahresbeitrag:

80,- € (für RentnerInnen: 40,- €, Beitragsermäßigungen siehe [www.dgpfg.de](http://www.dgpfg.de))