



**Antrag zur Aufnahme in die „Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V.“ gemäß §§ 4 und 5 der z.Z. gültigen Satzung**

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

Titel: \_\_\_\_\_ Geb.- Datum: \_\_\_\_\_

**Dienstanschrift**

**Privatanschrift**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Lieferanschrift für Korrespondenz und Abonnements:**  Dienstanschrift  Privatanschrift

**Ich möchte zusätzlich zur Mitgliedschaft die Zeitschrift „Clinical Research in Cardiology“ zum Preis von 62,50 € beziehen**  Ja  Nein

**Tätigkeit/Funktionsbezeichnung:** \_\_\_\_\_  
(z.B. Ärztlicher Direktor, Chefarzt, Oberarzt, Assistenz-Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter, Sport/Bewegungstherapeut usw.)

**Aus-/Weiterbildung:** \_\_\_\_\_  
(genaue Bezeichnung: z.B. Facharzt für..., Schwerpunkt/e..., Zusatzbezeichnung...usw.)

**(Jahresmitgliedsbeitrag z. Z.: 100,00 € für Ärzte und Psychologen; 75,00 € für alle anderen Berufsgruppen  
Bei schriftlichem Nachweis der Mitgliedschaft in einer DGPR-Landesorganisation [Kopie der Landesorganisation bitte unbedingt beifügen!] oder ab Vollendung des 65. Lebensjahres jeweils die Hälfte)**

**Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels SEPA-Lastschrift  
Gläubiger ID: DE17ZZZ00000843757 Mandatsreferenz: Benutzername (wird nach Aufnahme vergeben)**

Hiermit ermächtige ich die „Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V.“ (nach Aufnahme) widerruflich, den Jahresmitgliedsbeitrag sowie bei Bestellung der Zeitschrift „Clinical Research in Cardiology“ das zusätzliche Bezugsgeld von 62,50 € bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Die Kontobelastung des obenstehenden Betrages erfolgt erstmals innerhalb 8 Wochen nach Beginn der Mitgliedschaft, danach jeweils zum 15.03. jeden Jahres (sollte der Termin auf ein Wochenende fallen, erfolgt die Abbuchung am darauf folgenden Werktag). 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. Kosten für vom Verein nicht zu vertretende Rücklastschriften gehen zu Lasten des Mitglieds.

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers):** \_\_\_\_\_

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

**BIC:** \_\_\_\_\_ **IBAN:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber