

## Antrag auf Mitgliedschaft

|                           |         |        |              |              |
|---------------------------|---------|--------|--------------|--------------|
| Name                      | Vorname | Titel  | Geburtsdatum | Berufsgruppe |
| Klinik/Institut/Abteilung |         |        |              |              |
| Straße/Hausnummer         |         |        |              |              |
| PLZ/Ort                   |         |        |              |              |
| Telefon                   | Fax     | @-Mail |              |              |

### Privatanschrift:

|                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| Straße/Hausnummer                 |            |
| PLZ/Ort                           |            |
| Bevorzugte Kontaktadresse: privat | dienstlich |

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der GPN e.V.

Datum/Unterschrift

### Empfehlung durch zwei Mitglieder:

#### 1. Mitglied:

|                           |              |
|---------------------------|--------------|
| Name/Vorname/Titel        |              |
| Klinik/Institut/Abteilung |              |
| Straße/Hausnummer         |              |
| PLZ/Ort                   | Unterschrift |

#### 2. Mitglied:

|                           |              |
|---------------------------|--------------|
| Name/Vorname/Titel        |              |
| Klinik/Institut/Abteilung |              |
| Straße/Hausnummer         |              |
| PLZ/Ort                   | Unterschrift |

Der Antrag und die Einzugsermächtigung sind per Briefpost an die Geschäftsstelle der GPN, Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin zu richten.

#### Datenschutz und Kontakt

Weitere Informationen zu unseren Datenschutzpraktiken finden Sie auf unserer Website: <https://gpn.de/datenschutzerklaerung-2/>.

Mit der Zusendung erklären Sie sich mit der Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten einverstanden. Indem Sie den Antrag auf Mitgliedschaft in die GPN per Briefpost an die Geschäftsstelle der GPN senden, erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir Ihre Informationen in Übereinstimmung mit diesen Bedingungen verarbeiten dürfen.

# Ermächtigung zum Einzug per Lastschriftverfahren

---

An (Zahlungsempfänger)

**Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie e.V (GPN)**  
**Geschäftsstelle**  
**Chausseestr. 128/129**  
**10115 Berlin**

---

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen für den Jahresbeitrag zur Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie e.V. (50,- Euro) bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (s. o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

---

**Name, Vorname**

**Geburtsdatum**

---

**Anschrift**

---

**Ort, Datum**

**Unterschrift(en)**