





## 6. Berufliche Tätigkeiten

.....

Institution

.....  
Ort

.....  
Titel

.....  
Datum

.....  
Institution

.....  
Ort

.....  
Titel

.....  
Datum

.....  
Institution

.....  
Ort

.....  
Titel

.....  
Datum

.....  
Institution

.....  
Ort

.....  
Titel

.....  
Datum

Der/die Unterzeichnende bestätigt, dass die obigen Angaben den Tatsachen entsprechen.

Mit seiner/ihrer Aufnahme erkennt er/sie die Satzung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin e.V. als für ihn/sie verbindlich an.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Bewerbers

# **Aufnahmeverfahren des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin e. V.**

1. Bewerbungsformulare müssen vollständig ausgefüllt und unterschrieben sein.

2. Der Mitgliedsbeitrag beträgt € 170,-- (in Worten: einhundert-siebenzig) inkl. des an die Mitgliedschaft gekoppelten Online-Vorzugsabonnements der Zeitschrift PPM. Auf Wunsch und mit einem Aufpreis von 25,- € für die Print-Ausgabe plus der aktuell gültigen Versandkosten (Stand 2023: Versandkosten innerhalb Deutschlands 42,50 € (Europäisches Ausland 74,90 €)). Mitglieder unter 35 Jahren und über 65 Jahren erhalten einen reduzierten Mitgliedsbeitrag von 125 € (inkl. Online Version der PPM) bzw. 50 € (ohne Online Version der PPM).

Die Einziehung des Mitgliedsbeitrages und der Kosten für das Vorzugsabonnement erfolgen über das Banklastschriftverfahren.

Wir bitten Sie deswegen, die Einzugsermächtigung auszufüllen und zusammen mit den Bewerbungsunterlagen an die DKPM Geschäftsstelle zu senden. Der Mitgliedsbeitrag wird zu Beginn des Kalenderjahres fällig.

3. Die Mitgliedschaft tritt laut Satzung nach Beschluss der Mitgliederversammlung in Kraft. Sie werden gebeten, bei dieser Mitgliederversammlung, die jeweils bei der DKPM-Jahrestagung stattfindet, persönlich anwesend zu sein.

## **Rückfragen bezüglich der Mitgliedschaft:**

DKPM Geschäftsstelle  
Sascha Hellendahl  
Jägerstr. 51  
10117 Berlin  
Tel. 030 / 20648243  
E-Mail: info@dkpm.de

## SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Kontoinhabers:

**Name, Vorname, Titel** \_\_\_\_\_  
**Straße:** \_\_\_\_\_  
**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_  
**Tel.-Nr.:** \_\_\_\_\_ **Geb.-Dat.** \_\_\_\_\_  
**E-mail:** \_\_\_\_\_

An:

**Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin  
DKPM e. V., Jägerstr. 51, 10117 Berlin  
Postbank Hamburg  
IBAN DE30 2001 0020 0799 5212 08  
BIC PBNKDEFF**

**Gläubiger-Identifikationsnummer DE54ZZZ00000193676**

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen (Verpflichtungsgrund, evtl. Betragsbegrenzung):

\_\_\_\_\_ bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos mit

**IBAN:** \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_

**BIC** \_\_\_\_\_

bei (genaue Bezeichnung der kontoführenden Bank, Sparkasse):

\_\_\_\_\_ durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Girokonto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens der kontoführenden Bank oder Sparkasse keine Verpflichtung zur Einlösung.  
Teileinlösungen werden nicht vorgenommen.

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

\_\_\_\_\_ Unterschrift(en)

Per Post bitte zusenden an: DKPM e.V., Jägerstr. 51, 10117 Berlin