



Bessere Kommunikation.
Bessere Therapieergebnisse.

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der Gesellschaft für interprofessionelle Gesundheitsversorgung (IP-Health) e.V.

Adresse

Schumannstr. 7b
10117 Berlin

Kontakt

Telefon: 030-27596099
E-Mail: info@ip-health.org
Web: www.ip-health.org

Vorstand

Dr. rer. nat. Anna Laven (Vorsitz)

Prof. Dr. phil. Marion Huber
Dipl.-Kauffr./Apothekerin
Ulrike Katzfey
Prof. Dr. med. Markus Melloh
Prof. Dr. med. André Mihaljevic
Prof. Mag. Heidi Oberhauser
Dr. med. Petra Sandow
Birgit Wershofen MScN

Handelsregister

Amtsgericht Charlottenburg
Reg.-Nr. VR36457B

Bankverbindung / USt-IdNr.

BIC DAAEDEDXXX
IBAN DE60 3006 0601 0005 3970 31

Name Vorname

Titel Geburtsdatum

Privatanschrift

Straße, Nr. PLZ, Ort

Telefon E-Mail-Adresse

Dienstanschrift

Institution (Klinik, Praxis, Apotheke, Firma)

Abteilung

Straße, Nr. PLZ, Ort

Telefon E-Mail-Adresse

Tätigkeitsbereich - Bitte nennen: _____

Folgende Email-Adresse soll für die Kommunikation mit mir benutzt werden

Dienstanschrift Privatanschrift

Mitarbeit

Ich bin an einer aktiven Mitarbeit interessiert.

Ja
 Nein

Ort/Datum/Unterschrift



Bessere Kommunikation.
Bessere Therapieergebnisse.

Bitte wählen Sie Ihren Mitgliedsbeitrag ab 2021:

- Natürliches Mitglied (119,- Euro pro Jahr)
 Natürliches Mitglied, reduzierter Beitrag
(59,50 Euro pro Jahr, Jahreseinkommen unter 30.000 €)

- Institution (476,00 Euro pro Jahr)

Zahlungsart

- SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Referenz: Mitgliedsnummer, wird von IP-Health vergeben

Hiermit ermächtige ich die Gesellschaft für interprofessionelle Gesundheitsversorgung (IP-Health) e.V., Zahlungen für den Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gesellschaft für interprofessionelle Gesundheitsversorgung (IP-Health) e.V. auf mein 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 des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort/Datum Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s)

- Überweisung

Ich zahle den jährlichen Mitgliedsbeitrag per Rechnung. Bitte senden Sie die Rechnung an meine:

- Dienstanschrift Privatanschrift

Beendigung der Mitgliedschaft

Der Austritt kann satzungsgemäß zum Ende eines Kalenderjahres mit einer Frist von zwei Monaten per Mail oder Brief erklärt werden.

Adresse

Schumannstr. 7b
10117 Berlin

Kontakt

Telefon: 030-27596099
E-Mail: info@ip-health.org
Web: www.ip-health.org

Vorstand

Dr. rer. nat. Anna Laven (Vorsitz)

Prof. Dr. phil. Marion Huber

Dipl.-Kauffr. /Apothekerin

Ulrike Katzfey

Prof. Dr. med. Markus Melloh

Prof. Dr. med. André Mihaljevic

Prof. Mag. Heidi Oberhauser

Dr. med. Petra Sandow

Birgit Wershofen MScN

Handelsregister

Amtsgericht Charlottenburg

Reg.-Nr. VR36457B

Bankverbindung / USt-IdNr.

BIC DAAEDEDXXX

IBAN DE60 3006 0601 0005 3970 31