

Dr. phil. Katinka Schweizer
Erste Vorsitzende
E-Mail: k.schweizer@dgfs.info

Dr. med. Lisa Rustige
Geschäftsführerin
Institut für Sexualforschung
und Forensische Psychiatrie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52 · 20246 Hamburg
E-Mail: Rustige@dgfs.info

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich, als ordentliches Mitglied in die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e.V. aufgenommen zu werden.

Name..... Vorname..... Titel.....

Geburtsort..... Geburtsdatum.....

Anschrift (für Post der DGfS)

.....

.....

Tel.: Fax:

E-Mail:

Benennung von zwei Bürgern, die Mitglieder der Gesellschaft sind:

1.

2.

Einen beruflichen Werdegang (Ausbildung, bisherige Tätigkeiten, Veröffentlichungen) habe ich diesem Antrag beigelegt.

Den jährlichen Gesamtbeitrag in Höhe von EUR 170,00

- werde ich auf das Konto der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (Deutsche Apotheker- und Ärztebank, IBAN: DE08 3006 0601 0002 8301 83, BIC: DAAEDEDXXX) überweisen.
- möchte ich von meinem Konto abbuchen lassen. Eine Einzugsermächtigung hierfür füge ich bei.

Der Gesamtbeitrag (€ 170,00) setzt sich derzeit zusammen aus dem Mitgliedsbeitrag (€ 80,00) und dem Abonnement der Zeitschrift für Sexualforschung (€ 90,00).

Auf Antrag kann für RentnerInnen, Arbeitslose u.ä. (€ 110,00) sowie für Studierende (€ 90,00) ein ermäßigter Gesamtbeitrag gewährt werden. In diesem Fall füllen Sie bitte zusätzlich das Formular „Ermäßigung des Mitgliedsbeitrags“ aus und legen zusätzlich die nötigen Nachweise (Studienbescheinigung etc.) bei.

Berufsbezeichnung, -zulassung (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Psychologin/Psychologe
- Ärztin/Arzt
Facharztbezeichnung: abgeschlossen in Ausbildung
- Soziologin/Soziologe
- Pädagogin/Pädagoge
- Juristin/Jurist
- Anderer Beruf:.....

Überwiegende Tätigkeit:

- Angestellt Selbstständig Nicht (mehr) berufstätig

Kolleginnen und Kollegen, die psychotherapeutisch tätig sind, bitten wir, noch folgende Fragen zu beantworten:

Anerkannte Psychotherapeutische Ausbildung:

- Ja nein in Ausbildung

Approbation als Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut:

- Ja nein beantragt

Zulassung durch Kassenärztliche Vereinigung:

- Ja nein beantragt

Ich erkläre mich hiermit mit der Speicherung meiner Daten, der anonymisierten statistischen Auswertung und der Verwendung für DGfS-interne Zwecke (z.B. Versenden berufsspezifischer Informationen an Mitglieder) einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift