



# Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.

## Antrag zur Aufnahme als ordentliches oder assoziiertes Mitglied

MCN Medizinische Congressorganisation  
Nürnberg AG · Kongreßabteilung DGP 2000  
Zerzabelshofstraße 29  
**90478 Nürnberg**  
**Germany**

Bitte im Fensterkuvert zurücksenden oder  
per Fax an MCN: +49-(0)9 11-3 93 16 55

Die im Juli 1994 gegründete Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) hat nach ihrer Satzung die Aufgabe, Ärzte und andere Berufsgruppen zur gemeinsamen Arbeit am Aufbau und Fortschritt der Palliativmedizin zu vereinen und auf diesem Gebiet die bestmögliche Versorgung der Patienten zu fördern. Die Satzung der DGP sieht u.a. *ordentliche* und *assoziierte* Mitglieder vor. Jeder nach deutschem Recht approbierte Arzt kann ein ordentliches Mitglied der Gesellschaft werden; Personen anderer Berufsgruppen, die mit Palliativmedizin befaßt sind, können assoziierte Mitglieder werden. Ordentliche Mitglieder zahlen derzeit einen Beitrag von DM 120,- und assoziierte Mitglieder zahlen DM 60,- pro Jahr.

Die Aufnahme in die DGP erfolgt durch schriftlichen Antrag und durch Empfehlung von 2 Mitgliedern der Gesellschaft. Wenn Sie an einer Mitgliedschaft interessiert sind, füllen Sie bitte den nachstehenden Antrag aus und schicken ihn an die Geschäftsstelle der DGP in Bonn. Wenn Sie am DGP-Kongreß 2000 in Göttingen teilnehmen wollen, können Sie den Antrag auf Mitgliedschaft auch zusammen mit Ihren Registrierunterlagen an die Kongreßorganisation MCN einreichen. Erreicht uns Ihr Antrag auf Mitgliedschaft rechtzeitig, werden wir für Ihre Kongreßteilnahme bereits die vergünstigten Tarife für DGP-Mitglieder berechnen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, daß eine nachträgliche Rückerstattung von Teilnahmegebühren für den Kongreß bei verspäteter Beantragung Ihrer Mitgliedschaft leider nicht möglich ist.

### Angaben zur Person des Antragstellers:

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Berufsgruppe: \_\_\_\_\_

### Dienstanschrift:

Institut: \_\_\_\_\_ Berufl. Position: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### Privatanschrift:

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Empfehlung zweier Mitglieder der DGP, die die Aufnahme des Antragstellers befürworten:

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

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_

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

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_