

-BEITRITTSERKLÄRUNG-

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in die
Gesellschaft für Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie e.V. (GPOH)
und erkenne die Satzung der Gesellschaft an.

Persönliche Angaben:

Vor-/Nachname/Titel
Geburtsdatum:

Privatanschrift:

Straße
PLZ/Ort
Tel/Fax/Mobil
E-Mail

Dienstanschrift:

Klinik
Abteilung
Straße
PLZ/Ort
Tel/Fax/Mobil
E-Mail

Postversand an:

- Privatanschrift
 Dienstanschrift

Position:

- Chefarzt Oberarzt Psychologe
 Assistenzarzt Soz. Pädagoge Pfleger
 Student Sonstiges (bitte erläutern)

Mitgliedsbeitrag:

- Akademische Berufe (TG ärztlicher Dienst Ä1, Ä2, Ä3, Ä4 ≤ E13) 130 € / Jahr
 Akademische Berufe (TG ärztlicher Dienst Ä1, Ä2, Ä3, Ä4 ≤ E13)
150 € / Jahr inkl. 20 € SIOPE-Beitrag
 nicht-wissenschaftliche Mitarbeiter/-in (Tarif ≤ E12) 60 € / Jahr
 nicht-wissenschaftliche Mitarbeiter/-in (Tarif ≤ E12) 80 € / Jahr inkl. 20 € SIOPE-Beitrag
 Ermäßigung (auf Antrag) bzw. Ruheständler/in 60 € / Jahr
 Ermäßigung (auf Antrag) bzw. Ruheständler/in 80 € / Jahr inkl. 20 € SIOPE-Beitrag

Datenschutzerklärung:

Ich habe die Datenschutzerklärung der GPOH gelesen und stimme der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten wie dort beschrieben zu.

Sie haben das Recht, Ihre datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung jederzeit zu widerrufen.
Die Datenschutzerklärung der GPOH finden Sie unter: <https://www.gpoh.de/service/datenschutz/>

Ort, Datum, Unterschrift Antragssteller/-in