

FAX: 030-27 59 02 21
BEITRITTSEKRÄLUNG

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

Persönliche Angaben des/der Antragssteller(s)/-in:

Vor-, Nachname,
Geburtsdatum:

Privatanschrift:

Straße/PLZ/Ort:
Tel/Fax/Mobil:
E-Mail:

Dienstanschrift:

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

Post-/Mailversand an: Dienstanschrift Privatanschrift

Position:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chefärztin/Chefarzt | <input type="checkbox"/> Oberarzt/Oberärztin |
| <input type="checkbox"/> Assistenzärztin/-arzt | <input type="checkbox"/> Student/-in |
| <input type="checkbox"/> Psychologin/Psychologe | <input type="checkbox"/> Soz. Pädagoge/Soz. Pädagogin |
| <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter/-in Pflegerin/Pfleger | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

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
- Dokumentare 50 € / Jahr
- Dokumentare 70 € / Jahr inkl. SIOPE-Beitrag
- Mitglieder der Jungen GPOH 65 € / Jahr
- Mitglieder der Jungen GPOH 85 € / Jahr inkl. 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/ueber_uns/datenschutzerklaerung/

Ort, Datum Unterschrift Antragssteller/-in