



**PSYCHOSOZIALE ARBEITSGEMEINSCHAFT IN DER
PÄDIATRISCHEN ONKOLOGIE UND HÄMATOLOGIE (PSAPOH)**
AG in der Gesellschaft für pädiatrische Onkologie und Hämatologie e.V. (GPOH)

Beitrittserklärung

Mit der Unterstützung der unterzeichnenden GPOH-Mitglieder erkläre ich meinen Beitritt zur Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie e.V. (GPOH) und zur Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in der pädiatrischen Onkologie und Hämatologie als AG in der GPOH (PSAPOH). Die Satzung der GPOH sowie die Geschäftsordnung der PSAPOH erkenne ich an.

Mit der Weitergabe meiner Dienstanschrift incl. Tel./Fax/e-mail zu berufsbezogenen, nichtkommerziellen Zwecken bin ich einverstanden (Beispiel: Teilnehmerliste auf Tagungen.) Falls nicht: bitte streichen.

Titel, Vorname, Nachname:	
Geburtsdatum:	
Privat-Anschrift:	
priv. Tel./E-Mail:	
Dienst-Anschrift:	
.....	
.....	
.....	
dienstl. Tel.:	Fax:
dienstl. E-Mail:	
Post-/Mailversand an: <input type="checkbox"/> Dienstanschrift <input type="checkbox"/> Privatadresse	

Position:

<input type="checkbox"/> Soz.-Päd.	<input type="checkbox"/> Soz.-Arbeit.	<input type="checkbox"/> Psycholog*in	<input type="checkbox"/> Sonst.:		
<input type="checkbox"/> Chefärzt*in	<input type="checkbox"/> Oberärzt*in	<input type="checkbox"/> Assistenzärzt*in	<input type="checkbox"/> Pflege	<input type="checkbox"/> Student*in	<input type="checkbox"/> im Ruhestd.

<input type="checkbox"/> Beitrag für Mitglieder in akadem. Stellung mit Gehalt entspr. Ä1-4; \geq E13 Vollzeit	130,- €/Jahr
<input type="checkbox"/> dasselbe inkl. 20 € SIOPEurope-Beitrag	150,- €/Jahr
<input type="checkbox"/> ermäßigter Beitrag für sonstige Mitglieder (Gehalt niedriger als E13-Vollzeit-Gehalt)	60,- €/Jahr
<input type="checkbox"/> dasselbe inkl. 20 € SIOPEurope-Beitrag	80,- €/Jahr

Bitte den Bogen „**SEPA-Lastschriftmandat**“ ausfüllen und an die GPOH-Geschäftsstelle senden.
(Kontoverbindung der GPOH: Commerzbank Köln • IBAN: DE96 3708 0040 0951 7790 00 • BIC: DRESDEFF)

Namen und Unterschriften von zwei GPOH-Mitgliedern , die meine Mitgliedschaft unterstützen:	
Name:	Unterschrift:
Name:	Unterschrift:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des neuen Mitglieds

An das
PSAPOH-Sekretariat
c/o DLFH
Adenauerallee 134
D-53113 Bonn
