
DGSMTW-Geschäftsstelle

Tzschimmerstraße 30
01309 Dresden

www.dgsmtw.de

Tel.: 0351 8975936
Fax: 0351 8975939

E-Mail: info@dgsmtw.de

Antrag auf Mitgliedschaft in der DGSMTW

- Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der
Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft e.V.

Ich wünsche folgende Form der Mitgliedschaft:

- Voll-Mitgliedschaft**, inklusive Bezug der sexualwissenschaftlichen Fachzeitschrift *SEXUOLOGIE*, Mitgliedsbeitrag jährlich **€ 150,00**
- Voll-Mitgliedschaft mit gleichzeitiger Mitgliedschaft in der European Society for Sexual Medicine (**ESSM**), Jahresbeitrag gegenwärtig insgesamt **€ 200,00**
- Voll-Mitgliedschaft mit gleichzeitiger ESSM-Mitgliedschaft und zusätzlicher Mitgliedschaft in der International Society for Sexual Medicine (**ISSM**) mit Bezug der online Ausgabe des „The Journal of Sexual Medicine“, Jahresbeitrag gegenwärtig insgesamt **€ 310,00**
- Teil-Mitgliedschaft** für Studierende, Personen im Ruhestand, sowie Mediziner* und Psychologen* in Weiterbildung zum Facharzt* bzw. Fachpsychologen*, Mitgliedsbeitrag jährlich **€ 75,00**
- Ich wünsche gleichzeitig eine Mitgliedschaft in der European Society for Sexual Medicine (ESSM), Jahresbeitrag gegenwärtig insgesamt **€ 125,00**
- DGSMTW-Mitgliedschaft mit gleichzeitiger ESSM-Mitgliedschaft und zusätzlicher Mitgliedschaft in der International Society for Sexual Medicine (**ISSM**) mit Bezug der Online-Ausgabe des „The Journal of Sexual Medicine“, Jahresbeitrag gegenwärtig insgesamt **€ 235,00**.

Persönliche Angaben

Titel: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Institution: _____

* Alle geschlechtsbezogenen Bezeichnungen beziehen sich in gleicher Weise auf Frauen wie Männer

Beruflicher Werdegang (mit Jahresangabe)

Berufs- bzw. Studienabschluss: _____

Promotion und Fachgebiet: _____

Facharzt / Fachpsychologe für: _____

Sexualwissenschaftliche Fortbildungen: _____

Sexualtherapeutische Weiterbildungen: _____

Berufliche Tätigkeiten: _____

Fachrichtung:

Medizin, Fachgebiet: _____

Psychologie, Fachgebiet: _____

Andere Human- und
Gesundheitswissenschaftl.
Fachgebiet: _____

Zusatzbezeichnung: _____

Sonstiges: _____

Berufliche Kontaktdaten

Institution: _____

Straße: _____

PLZ, Ort, Land: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

E-Mail: _____

Website: _____

Private Kontaktdaten

Straße: _____

PLZ, Ort, Land: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Website: _____

Korrespondenz und Fachzeitschrift sollen gesendet werden

an meine Dienstadresse an meine Privatadresse

Mitgliederverzeichnis im Internet

Für einen Eintrag im Mitgliederverzeichnis auf unserer Website füllen Sie bitte einen Zertifizierungsantrag aus.

Einzugsermächtigung für Mitgliedsbeiträge

Hiermit ermächtige/n ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lastenmeines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Geldinstitut _____

IBAN _____

BIC _____

Kontoinhaber _____
(falls abweichend vom Antragsteller):

.....

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu:

- Mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung dieser Daten gemäß DSGVO im Rahmen der satzungsmäßigen Aufgaben des DGSMTW e.V. bin ich einverstanden.
- Den Newsletter und andere Mitteilungen der Fachgesellschaft möchte ich per Email erhalten.

Datum, Ort: _____ Unterschrift: _____

Stempel

* Alle geschlechtsbezogenen Bezeichnungen beziehen sich in gleicher Weise auf Frauen wie Männer