

## DGBS Antrag auf Mitgliedschaft

**\* Diese Felder bitte vollständig und gut leserlich ausfüllen!**

**Anrede: \***                     Frau       Herr

**Titel:** .....

**Vorname: \*** .....

**Name: \*** .....

**Telefon:** .....

**Mobil:** .....

**E-Mail: \*** .....

**Straße: \*** .....

**Postleitzahl/ Ort: \*** .....

**Land: \*** .....

**Ergänzungen zur Dienstadresse:**

**Praxis, Klinik, Institut:** .....

**Adresszeile 1:** .....

**Adresszeile 2:** .....

**Ich werde Mitglied mit**

**60,00 € Stabilitäts-Mitgliedsbeitrag** pro Jahr

Für alle, denen es wichtig ist, dass sich die DGBS stabil, anspruchsvoll und unabhängig weiterentwickelt

**40,00 € Standard-Mitgliedsbeitrag** pro Jahr

**20,00 € ermäßigter Mitgliedsbeitrag** pro Jahr

Für Schüler, Studenten und Personen, die Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt oder ALG II erhalten (gegen jährlich einzureichenden schriftlichen Nachweis)

**Ich werde Fördermitglied und unterstütze die DGBS jährlich mit .....€**

Bitte buchen Sie den Fördermitgliedsbeitrag jährlich am ..... von meinem Konto ab.

*Bitte beachten Sie den eingeschränkten Mitgliedsstatus laut DGBS Satzung § 5 Mitgliedschaft 6).*

## Bankverbindung:

Kontoinhaber/ in: \* .....

IBAN: \*

BIC: \* .....

Bank: \* .....

**Bitte beachten Sie, dass keine automatisierte Bestätigung der Jahresmitgliedsgebühr versendet wird.  
Diese erhalten Sie auf kurze Anfrage unter [info@dgbs.de](mailto:info@dgbs.de).**

- Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. und bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Die Ziele der DGBS sind mir bekannt. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung der DGBS an. Die vollständige Satzung ist unter [www.dgbs.de](http://www.dgbs.de) einsehbar.
- Hiermit ermächtige ich mit meiner Unterschrift die DGBS bis auf Widerruf, meinen Jahresmitgliedsbeitrag einmal jährlich im Lastschriftverfahren von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich meinen Zahlungsdienstleister an, die von der DGBS von meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen. Über Änderungen meiner Adresse oder Änderungen meiner Bankverbindung werde ich die DGBS rechtzeitig informieren. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen. Anfallende Bankgebühren gehen zu Lasten des Mitglieds.
- Hiermit erteile ich der DGBS die Zustimmung zur Datenspeicherung. Diese Daten werden nur zu satzungsmäßigen Zwecken der Gesellschaft verwendet. Eine Weitergabe meiner Adresse erfolgt nur an den Psychiatrie Verlag, Köln für den Versand der DGBS-Mitgliederzeitschrift "InBalance". Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet. Diese Einwilligung kann jederzeit über [info@dgbs.de](mailto:info@dgbs.de) widerrufen werden.

.....  
Ort Datum Unterschrift

### Freiwillige Angabe für unsere Statistiken:

- Professionelle(r)
- Betroffene(r)
- Angehörige(r)
- Interessent(in)
- Keine Angabe

Bitte vollständig ausgefüllt senden an:

**DGBS e.V.**

**Klinik für Psychiatrie  
Heinrich-Hoffmann-Straße 10  
60528 Frankfurt am Main**

**Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung! Ihre DGBS**