

**Antrag auf Mitgliedschaft im Landesverband Gerontopsychiatrie und –psychotherapie
Nordrhein Westfalen e.V.**

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Landesverband Gerontopsychiatrie e.V. als:

- Ordentliches Mitglied (approbierte Ärzte und Psychotherapeuten, Angehörige verwandter Disziplinen)
- Förderndes Mitglied (juristische Person)

Titel _____ Name _____

Institution _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Tel. .: _____ Fax : _____

Email: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit ermächtige ich den Landesverband Gerontopsychiatrie und –psychotherapie NRW e.V. widerruflich, den Mitgliedsbeitrag von 50 Euro jährlich bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber _____ Bank: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte per Fax an 02151/334 7901 oder per E-Mail an Landesverband@geronto-nrw.de

Kooperationspartner:

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie
und -psychotherapie e.V. (DGGFP)



European Association of Geriatric Psychiatry **EAGP**

