
Antrag auf Mitgliedschaft im DGPPN-Referat Psychiatrische Pflege

Die mit* gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

ANGABEN ZUR PERSON*

Anrede, Titel _____

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____ Fax _____

Mobiltelefon _____

E-Mail-Adresse _____

KORRESPONDENZANSCHRIFT*

Anschrift (privat)* _____

Anschrift (dienstlich, inklusive Klinikname/Praxis) _____

Ich bin mit der Aufnahme meiner E-Mail-Adresse in eine Verteilerliste der DGPPN
zum Zwecke der Aussendung von Informationen zur DGPPN einverstanden.

Korrespondenz: privat dienstlich

FACHBEZOGENE DATEN (MEHRFACHNENNUNGEN MÖGLICH)

Beruf

Altenpflege

Gesundheits- und Krankenpflege

Kindergesundheits- und Krankenpflege

Sonstige: _____

Weiterbildung

Studium

ANTRAG ABSCHLIESSEN

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Zustimmung zur Datenspeicherung. Mit der Speicherung meiner Daten durch die DGPPN e.V. und die Referatsleitung bin ich einverstanden. Diese Daten werden nur zu administrativen verwendet; die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Potenzielle Referatsmitglieder müssen nicht DGPPN-Mitglieder werden. Referatsmitglieder mit akademischem Hintergrund können jedoch zusätzlich eine ordentliche DGPPN-Mitgliedschaft (kostenpflichtig) beantragen.

→ Rücksendung per Fax: +49 30 2404 772-29 oder E-Mail: sekretariat@dgppn.de