



Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie
und Jugendmedizin e.V.

An
DGSPJ e.V., Geschäftsstelle
Chausseestr. 128/129
10115 Berlin

oder
mitgliederservice@dgspj.de

Beitrittsantrag - persönliche Mitgliedschaft

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.
Das Abonnement der Zeitschrift "Kinderärztliche Praxis – Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin"
ist damit abgegolten.

Titel, Name, Vorname _____ **Geb.Datum** _____

Institution _____
(optionale Angabe)

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

E-Mail-Adresse _____ **Telefon** _____

Berufszugehörigkeit

- | | |
|---|---|
| ☐ Medizin | ☐ Pflege |
| ☐ Psychologie/Psychotherapie | ☐ Pädagogik / Sozialarbeit |
| ☐ Therapie | ☐ Sonstige _____ |

Tätigkeitsort

- ☐ SPZ
☐ ÖGD
☐ Klinik
☐ Praxis
☐ Sonstige _____

Ich befinde mich

- | | |
|--|--|
| ☐ im Studium/Ausbildung* ☐ in Weiterbildung* | ☐ im Ruhestand: |
| ☐ *Einen Nachweis entsprechend der Beitragsordnung
füge ich hinzu. | ☐ Medizin
☐ Psychologie
☐ weitere Berufsgruppen |

- ☐ Ich möchte Zugang zum Intranet *meineDGSPJ* (<https://meinedgspj.coyocloud.com>) erhalten und willige ein,
dass mein Vorname, mein Name und meine E-Mail-Adresse dort hinterlegt werden.
- ☐ Für die Beitragszahlung erteile ich der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.
ein SEPA-Lastschriftmandat. Es gilt die [Beitragsordnung vom 05.03.2026](#).

Ort, Datum _____ **Unterschrift** _____



Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie
und Jugendmedizin e.V.

An
DGSPJ e.V., Geschäftsstelle
Chausseestr. 128/129
10115 Berlin

oder
mitgliederservice@dgspj.de

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGSPJ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Wenn mein/unser Girokonto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlungen.

Name, Vorname _____
(ordentliches Mitglied)

Institution _____
(korporatives Mitglied)

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

IBAN

Kreditinstitut _____

Abweichende:r Kontoinhaber:in _____

Ort, Datum _____

Unterschrift Kontoinhaber:in _____