

Antrag auf Mitgliedschaft

Ich / wir beantrage(n) die Mitgliedschaft im Verein „Hochschulen für Gesundheit e.V.“ als institutionelles Mitglied.

Die Satzung und die Beitragsordnung des Vereins „Hochschulen für Gesundheit e. V.“ erkenne ich / erkennen wir an.

Hochschule Fachbereich / Studiengang

Straße Plz. / Ort

Telefon Fax

Mail Website

Ort und Datum rechtsverbindliche Unterschrift / en der
Hochschulleitung

Die Vertretung unserer Hochschule im Rahmen der Vereinsaktivitäten von „Hochschulen für Gesundheit“ e.V. wird wahrgenommen durch die folgenden Personen:

1. _____
Name Funktion

Telefon Mail

2. _____
Name Funktion

Telefon Mail

Einverständniserklärung:

Ich bin mit der Speicherung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten im Rahmen der Vereinsverwaltung einverstanden.

Ort und Datum rechtsverbindliche Unterschrift / en

Beitragsordnung

Der Beitrag für eine institutionelle Mitgliedschaft beträgt pro Kalenderjahr 250€ (in Worten: zweihundertfünfzig Euro).

Rechnungsadresse

Die Rechnung über den Mitgliedsbeitrag erbitte ich an folgende Adresse:

Hochschule Abteilung / AnsprechpartnerIn

Straße Plz. / Ort

Beitragsleistung

Der Beitrag wird jährlich zum 15.1. oder spätestens nach Rechnungsstellung von uns / mir überwiesen mit dem Stichwort „Mitgliedsbeitrag und Jahr“ auf folgendes Konto:

Bank für Sozialwirtschaft
Hochschulen für Gesundheit e.V.
IBAN DE80100205000001350800
BIC BFSWDE33BER

Ort und Datum Unterschrift des Kontoinhabers /
Zahlungspflichtigen

Mitgliedschaft in der EUPHA



Hiermit bin ich einverstanden, dass folgende Daten an die European Public Health Association (EUPHA) weiter gegeben werden, damit ich die mit der Mitgliedschaft des Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e.V. in der EUPHA verbundenen Vorteile in Anspruch nehmen kann.

EUPHA membership benefits:

- included in the European-wide network of public health experts (more than 14000 at the moment)
- membership (electronic) subscription to the European Journal of Public Health (6 issues/year)
- Possibility to a reduced hard copy subscription to the European Journal of Public Health (35 Euro/year, 2011 rate)
- Reduced conference fees for EUPHA members
- Participation in all EUPHA activities (sections, projects, etc.)
- Representation in the EUPHA Governing Council.

Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Mailadresse: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Institution: _____

Bei HochschulvertreterInnen unserer Mitgliedshochschulen zusätzlich

Institut/ Fachbereich: _____

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Bitte senden Sie

- **die ausgefüllte Beitragsordnung** zusammen mit dem
- **Antrag auf Mitgliedschaft**
- **die Anlage zur Mitgliedschaft bei der EUPHA** sowie gerne
- **aussagekräftiges Informationsmaterial** Ihrer Organisation

zurück an:

Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e.V.
c/o Alice Salomon Hochschule Berlin
Alice-Salomon-Platz 5 , 12627 Berlin