

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

**C**  Ich beantrage die persönliche Mitgliedschaft.

**Antrag auf Ermäßigung** (Nachweis beifügen):

Mitglied in Partnerverein (DVM, DGM, DVS, SVMT, VDEh, VDI)

Ruhestand  Studierende  Kennenlernjahr (Studierende/Auszubildende unter 30)

Name  Titel

Vorname  Geburtsdatum

Privatanschrift:

Telefon

E-Mail

Firma, Dienstanschrift:

Telefon

E-Mail

Post an: Privatanschrift  Dienstanschrift

Ich bin mit der Veröffentlichung meines Geburtsdatums anlässlich runder Geburtstage

einverstanden  nicht einverstanden

Ich willige ein, dass mich die DGZfP postalisch, per Mail oder per Telefon zum Zweck der Information über ihre Schulungen, Tagungen, Veranstaltungen und Werbung kontaktiert.

einverstanden  nicht einverstanden

Die Satzung ist mir bekannt, ebenso, dass mir die ZfP-Zeitung fünfmal jährlich zugesandt wird.

Ort, Datum

Unterschrift

Bestätigung (wird von der DGZfP ausgefüllt):

Beirat

Vorstand