

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.
Geschäftsstelle
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin

**Ich beantrage die Mitgliedschaft im Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte
Medizin e.V. (DNEbM)**

Name

Titel

Vorname

Geburtsdatum

Privatanschrift

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

Dienstanschrift

Institution (Klinik, Praxis)

Abteilung

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

Bitte senden Sie die Zeitschrift ZEFQ an meine

- Dienstanschrift Privatanschrift
- Ich stimme der Übermittlung meiner Daten (vollständiger Name, Anschrift und E-Mail-Adresse) an die Elsevier GmbH zum Zwecke der Zustellung der ZEFQ zu.

Tätigkeitsbereich

- Arzt/Ärztin im ambulanten Bereich
- Arzt/Ärztin im stationären Bereich
- Arzt/Ärztin im wissenschaftlichen Bereich
- Arzt/Ärztin im sonstigen Bereich (z. B. Verwaltung)
- Pflegeberuf (ambulant/stationär)
- Gesundheits- oder Pflegewissenschaftlerin
- Sonstiges; bitte nennen:
-

Fachbereiche

Ich bin an einer aktiven Mitarbeit im DNEbM interessiert und möchte folgendem/n Fachbereich/en zugeordnet werden (mehrere Angaben sind möglich).

- EbM in Aus,- Weiter- und Fortbildung
- EbM in Klinik und Praxis
- Ethik und EbM
- Evidenzbasierte Pharmazie
- Gesundheitsfachberufe
- Health Technology Assessment - HTA
- Leitlinien
- Methodik
- Operative Fächer
- Patienteninformation und Patientenbeteiligung
- Public Health
- Zahnmedizin

Ort/Datum

Unterschrift

Mitgliedsbeitrag

- Als Einzelmitglied zahle ich EUR 120,- pro Jahr.¹
- Ich bin Student/in und zahle den ermäßigten Tarif in Höhe von EUR 50,- pro Jahr
(Dem Antrag ist die Immatrikulationsbescheinigung beizulegen.)

Zahlungsart

- SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE93ZZZ00000646158

Mandatsreferenz:

Mitgliedsnummer, wird vom DNEbM vergeben

Hiermit ermächtige ich das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM), Zahlungen für den Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. 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.

Vorname und Name des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort/Datum

Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s)

- Überweisung**

Ich zahle den jährlichen Mitgliedsbeitrag per Rechnung. Bitte senden Sie die Rechnung an meine:

Dienstanschrift

Privatanschrift

¹ Mit jedem freiwillig über den Mitgliedsbeitrag hinaus gezahlten Betrag unterstützen Sie die Arbeit des Vereins. Informationen zu Spendenmöglichkeiten finden Sie auf unserer Internetseite.