

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V.

Gemeinnütziger Verein



Beitrittserklärung

Bitte senden Sie diese Beitrittserklärung an:

Prof. Dr. Dr. Günter Ollenschläger
Geschäftsstelle DNEbM e. V.
c/o Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
TiergartenTower
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin

Aufnahme als ordentliches Mitglied

- ordentliches Mitglied
Jahresbeitrag: € 100,00
- ordentliches Mitglied mit Ermäßigungstarif als Student/in
Jahresbeitrag: € 50,00 - Fügen Sie Ihre Immatrikulationsbescheinigung bei.

Aufnahme als Fördermitglied

- Körperschaft/Einrichtung des Gesundheitswesens
Jahresbeitrag € 900,00
- Wissenschaftliche Fachgesellschaft/Institut
Jahresbeitrag: € 450,00
- Kommerzielles Unternehmen
Jahresbeitrag: € 1.500,00

Fördernde Institution und stimmberechtigter Stellvertreter	(nur für Fördermitglieder auszufüllen)
Akadem. Titel	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Korrespondenzadresse	
Land*	
Telefon	
Telefax	
E-Mail	

Wahlperiode 2011 - 2013

Vorsitzende:

Dr. Monika Lelgemann, MSc
Leiterin Fachbereich Evidenzbasierte Medizin
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes
Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)
Lützowstr. 53
45141 Essen

1. Stellvertreter:

Prof. Dr. David Klemperer
Hochschule Regensburg
Professor für Medizinische Grundlagen der Sozialen
Arbeit, Sozialmedizin und Public Health
Seybothstr. 2
93053 Regensburg

2. Stellvertreterin:

Prof. Dr. Gabriele Meyer
Universität Witten/Herdecke
Fakultät für Gesundheit
Department für Pflegewissenschaft
Stockumer Straße 12
58453 Witten

Schriftführer:

Prof. Dr. Dr. Günter Ollenschläger
Leitung des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der
Medizin (ÄZQ)
TiergartenTower
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin

Geschäftsstelle:

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin
c/o Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
TiergartenTower
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin

Leitung der Geschäftsstelle:

Karsta Sauder

Sekretariat:

Martina Westermann

Kontakt:

030 / 4005-2501
030 / 4005-2555
kontakt@ebm-netzwerk.de
www.ebm-netzwerk.de

Das DNEbM e. V. ist als gemeinnützig anerkannt
und verfolgt besonders förderungswürdige Zwecke.
Spenden sind steuerabzugsfähig.

Spendenkonto:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
BLZ: 370 606 15
Kontonummer: 000 525 66 90

* Als Mitglied aus Österreich werden Sie automatisch in den E-Mail-Verteiler der Sektion Österreich aufgenommen. Weitere Informationen erhalten Sie unter: www.ebm-netzwerk.at.

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V.

Gemeinnütziger Verein



Tätigkeitsbereich	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin im ambulanten Bereich <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin im stationären Bereich <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin im wissenschaftlichen Bereich <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin im sonstigen Bereich (z. B. Verwaltung) <input type="checkbox"/> Pflegeberuf (ambulant/stationär) <input type="checkbox"/> Gesundheits- oder Pflegewissenschaftlerin <input type="checkbox"/> Sonstige; bitte nennen:
Tätig in Institution/Firma (freiwillige Angabe)	
besonderes fachliches Interesse/Arbeitsschwer- punkte	
Ich bin an einer aktiven Mitarbeit interessiert und möchte in dem/den neben- stehenden Fachbereich/en mitarbeiten.	<input type="checkbox"/> EbM im Studium <input type="checkbox"/> EbM in Klinik und Praxis <input type="checkbox"/> Edukation <input type="checkbox"/> Ethik und EbM <input type="checkbox"/> Evidenzbasierte Pharmazie <input type="checkbox"/> Health Technology Assessment - HTA <input type="checkbox"/> Leitlinien <input type="checkbox"/> Methodik <input type="checkbox"/> Operative Fächer <input type="checkbox"/> Patienteninformation und Patientenbeteiligung <input type="checkbox"/> Pflege und Gesundheitsförderung <input type="checkbox"/> Zahnmedizin
<p><i>Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. Ein kurzer Abriss meines akademischen und beruflichen Werdegangs liegt bei.</i></p> <p><i>Ort/Datum</i> <i>Unterschrift</i></p>	

<p><i>Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos/des folgenden Kontos einzuziehen:</i></p>	
<i>Ort/Datum</i>	<i>Unterschrift</i>
Jahresbeitrag:	€
Name des Kontoinhabers:	
Kontonummer:	
Bankleitzahl:	
Kreditinstitut:	

Rechnung: Ich zahle meinen Jahresbeitrag per Rechnung