

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.<sup>1</sup>
- 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

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