

## AUFNAHMEANTRAG

Ich beantrage hiermit die Aufnahme als

- ordentliches Mitglied  
 Fördermitglied

in den Deutschen Hochschulverband Physician Assistant - DHPA e.V.

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname - bzw. Name der Hochschule / Berufsakademie

\_\_\_\_\_  
bei Hochschulen / Berufsakademien: vertreten durch, Position

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail

### Beiträge:

Eine Aufnahmegebühr wird nicht erhoben. Mitgliedsbeiträge werden nach Maßgabe der Beitragsordnung erhoben, die die Mitgliederversammlung erlassen kann. Derzeit besteht eine solche Beitragsordnung nicht.

Die Satzung, Beitragsordnung und weitere Informationen finden Sie in der Anlage und im Internet unter [www.hochschulverband-pa.de](http://www.hochschulverband-pa.de).

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung als für mich verbindlich an.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift (bei Hochschulen / Berufsakademien des Vertretungsberechtigten)

### Anlagen:

Satzung des Deutschen Hochschulverbandes Physician Assistant - DHPA e.V.

Einwilligung zur Datenverarbeitung nach Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).