

AUFNAHMEANTRAG

Ich beantrage hiermit die Aufnahme als

- ordentliches Mitglied
 Fördermitglied

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

Nachname, Vorname - bzw. Hochschule / Berufsakademie / Verband etc.

bei juristischen Personen: 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 erlässt. Die aktuelle Version der Beitragsordnung und der Satzung befinden sich in der Anlage, und sind auf der Website des DHPA abrufbar:

[Satzung - Deutscher Hochschulverband Physician Assistant \(hochschulverband-pa.de\)](http://hochschulverband-pa.de)

[Beitragsordnung - Deutscher Hochschulverband Physician Assistant \(hochschulverband-pa.de\)](http://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 und Beitragsordnung

Einwilligung zur Datenverarbeitung nach Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO).