Oststraße 11-13
50996 Köln

Fon: +49 221 935521 180
Fax: +49 221 935521 99

kontakt@hochschulverband-pa.de
www.hochschulverband-pa.de

AUFNAHMEANTRAG

Ich beantrage hiermit die Aufnahme als

☐ ordentliches Mitglied

☐ Fördermitglied

in den „Deutscher 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 aktuellen Versionen der Beitragsordnung und der Satzung sind auf der Website des DHPA abrufbar:

Satzung - Deutscher Hochschulverband Physician Assistant (hochschulverband-pa.de)

Beitragsordnung - Deutscher Hochschulverband Physician Assistant (hochschulverband-pa.de)

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

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

Anlage (bitte beifügen):

Persönliche Einwilligung zur Datenverarbeitung nach Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO).