

# Antrag auf Mitgliedschaft

**Ich beantrage die Mitgliedschaft im Verein Hochschulen für Gesundheit e.V.  
als persönliches Mitglied.**

Für persönliche Mitglieder beträgt der Mitgliedsbeitrag 50€ pro Kalenderjahr.  
Der Mitgliedsbeitrag ist spätestens nach Rechnungseingang auf folgendes Konto zu entrichten:

**Bank für Sozialwirtschaft**

**IBAN: DE80 1002 0500 0001 3508 00**

**Hochschulen für Gesundheit e.V.**

**BIC: BFSW DE33 BER**

## Adressdaten

---

Vollständiger Name und Titel des Antragstellers

---

Beruf/Funktion

Ggf. Name der Firma /  
Organisation / Körperschaft

---

Straße, Nr. / Postfach

Ort

---

Telefon

Fax

---

Mail

ggf. Website

Mein Interesse an einer Mitarbeit im Kooperationsverbund bezieht sich vor allem auf die  
folgenden Themen- und Entwicklungsbereiche:

---

---

## Einverständniserklärung

Ich bin mit der Speicherung und Verarbeitung im Rahmen der Vereinsverwaltung einverstanden und  
erkenne die Satzung des Kooperationsverbundes „Hochschulen für Gesundheit“ e.V. an.

---

Ort und Datum

rechtsverbindliche Unterschrift / en

# Mitgliedschaft in der EUPHA

Hiermit bin ich einverstanden, dass folgende Daten an die European Public Health Association (EUPHA) weiter gegeben werden, damit ich die mit der Mitgliedschaft des Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e.V. in der EUPHA verbundenen Vorteile in Anspruch nehmen kann.

EUPHA membership benefits:

- included in the European-wide network of public health experts (more than 14000 at the moment)
- membership (electronic) subscription to the European Journal of Public Health (6 issues/year)
- Possibility to a reduced hard copy subscription to the European Journal of Public Health (35 Euro/year, 2011 rate)
- Reduced conference fees for EUPHA members
- Participation in all EUPHA activities (sections, projects, etc.)
- Representation in the EUPHA Governing Council.

**Titel:** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Mailadresse:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ / Ort:** \_\_\_\_\_

**Institution:** \_\_\_\_\_

*Bei HochschulvertreterInnen unserer Mitgliedshochschulen zusätzlich*

**Institut/ Fachbereich:** \_\_\_\_\_

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie

- **den Antrag auf Mitgliedschaft** gemeinsam mit
- **der Anlage zur Mitgliedschaft bei der EUPHA**

zurück an:

**Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e.V.  
c/o Alice Salomon Hochschule Berlin  
Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin**

*Sie erhalten Nachricht über den Entscheid des Vorstandes bzgl. Ihres Mitgliedsantrages.*