ANMELDUNG ALS MEDIZINSTUDENT/IN

22. Jahrestagung
der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V.

Deutsche Fachgesellschaft für REISEMEDIZIN e.V. German Society for Travel Medicine

Freitag, 20. September und Samstag, 21. September 2019

in der Erholungs-Gesellschaft Aachen 1837 ▪ Reihstraße 13 ▪ 52062 Aachen ▪ erholungsgesellschaft.de

E-Mail: gs@fachgesellschaft-reisemedizin.de
An die
Deutsche Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V.
Graf-Adolf-Straße 69
40210 Düsseldorf

Die DFR vergibt für Studierende 20 Teilnahme-Stipendien an die zuerst eingehenden Bewerbungen.

- ❑ Ich bewerbe mich hiermit um eines dieser Stipendien.
- ❑ Gleichzeitig beantrage ich die Mitgliedschaft in der DFR als studentisches Mitglied einschließlich des Bezuges der Fachzeitschrift Flug-, Tropen- und Reisemedizin zu den auf der Website dargestellten Bedingungen zum Mitgliedsbeitrag von z.Zt. 20 €/Jahr: www.fachgesellschaft-reisemedizin.de.

Hiermit melde ich mich verbindlich an – eine aktuelle Immatrikulationsbescheinigung habe ich beigefügt –

❑	Freitag und Samstag	Studierende 50 € ▪ mit Stipendium 0 €
❑	nur Freitag	kostenlos
❑	nur Samstag	Studierende 50 € ▪ mit Stipendium 0 €
❑	Workshop für Studierende Freitag, von 10-12.30 Uhr, Themen	kostenlos ▪ „Einführung in die Reisemedizin und Differenzialdiagnose wichtiger Leitsymptome im Gelände“ *Prof. Dr. Thomas Küpper, Aachen* ▪ „Pocken – Ein Problem von gestern?“ *Katarzyna Skipiol, Aachen*

In den Tagungsgebühren sind Tagungsgetränke, Begrüßungsimbiss und Kaffeepausen sowie Mittagessen am Samstag enthalten:

.....
Name Vorname

.....
Straße/Hausnr. PLZ/Ort

.....
Telefon E-Mail

.....
Ich studiere Humanmedizin an der Universität in und werde mein Studium voraussichtlich beenden zum

Die Tagungsgebühr und ggf. Mitgliedsbeiträge sollen von meinem Bank-Konto abgebucht werden*

***SEPA-Lastschriftmandat**: Ich ermächtige die Deutsche Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin 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. **Gläubiger Identifikationsnummer der DFR: DE26ZZZ00000493231**

Kontoinhaber .....

IBAN DE _

Kreditinstitut .....

.....
Ort, Datum, Unterschrift