

ANMELDUNG ALS MEDIZINSTUDENT/IN

Deutsche Fachgesellschaft für



REISEMEDIZIN e.V.
German Society for Travel Medicine

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

Freitag, 18. September und Samstag, 19. September 2020

Im Kongresshaus Rosengarten ■ Berliner Platz 1 ■ 96450 Coburg ■ www.coburg-kongress.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 25 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 beigelegt –

- Freitag und Samstag Studierende 50 € ■ mit Stipendium 0 €
- nur Freitag kostenlos
- nur Samstag Studierende 50 € ■ mit Stipendium 0 €
- Workshop für Studierende kostenlos

Freitag, von 09:30-12.00 Uhr, Einführung in die Reisemedizin“, Moderation: *Prof. Dr. Thomas Küpper, Aachen*

In den Tagungsgebühren sind Tagungsgetränke, Begrüßungsimbiss und Kaffeepausen sowie Mittagessen.

.....
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