

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.

Gemeinnütziger Verein
zur Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege



Beitrittserklärung

Bitte senden Sie diese Beitrittserklärung an:

Dr. Sylvia Säger MPH
Geschäftsstelle DNEbM e.V.
c/o Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
Wegelystraße 3 / Herbert-Lewin-Platz

10623 Berlin

Aufnahme als ordentliches Mitglied

- ordentliches Mitglied (Jahresbeitrag: € 100,00)
 ermäßigt (AiW) (Jahresbeitrag: € 75,00)
 Student (Jahresbeitrag: € 50,00)
(bei unaufgeforderter Vorlage einer Studienbescheinigung)

Aufnahme als Fördermitglied

- Körperschaft/Einrichtung des Gesundheitswesens
Jahresbeitrag € 900,00
 Wissenschaftliche Fachgesellschaft/Institut
Jahresbeitrag: € 450,00
 Kommerzielles Unternehmen
Jahresbeitrag: € 1.500,00

Fördernde Institution und stimmberechtigter Stellvertreter (nur für Fördermitglieder auszufüllen)	
Akadem. Titel	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Korrespondenz-Adresse	
Telefon	
Fax	
Email	

Wahlperiode 2009 - 2011

Vorsitz:

Prof. Dr. David Klemperer
Hochschule Regensburg
Seybothstr. 2
93053 Regensburg

1. Stellvertreter:

*Univ.- Prof. Dr. Prof. h.c.
Edmund Neugebauer*
Institut für Forschung in der operativen Medizin (IFOM)
Lehrstuhl für Chirurgische Forschung
Fakultät für Medizin
Universität Witten / Herdecke gGmbH
Ostmerheimer Straße 200
51109 Köln

2. Stellvertreter

Dr. Monika Lelgemann MSc
HTA Zentrum in der Universität Bremen
c/o Institut für Gesundheits- und Medizinrecht
Universität Bremen
Postfach 330440
28334 Bremen

Schriftführer:

Dr. Sylvia Säger MPH
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
Wegelystraße 3 / Herbert-Lewin-Platz
10623 Berlin

Geschäftsstelle:

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin
c/o Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
Wegelystraße 3 / Herbert-Lewin-Platz
10623 Berlin

Leitung der Geschäftsstelle:

Dipl.Soz.Päd Marga Cox

Sekretariat:

Martina Westermann

Kontakt:

Tel: 030 / 4005-2500
Fax: 030 / 4005-2555
Email: kontakt@ebm-netzwerk.de
www.ebm-netzwerk.de

Das DNEbM e.V. ist als gemeinnützig anerkannt und verfolgt besonders förderungswürdige Zwecke.
Spenden sind steuerabzugsfähig.

Spendenkonto:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
BLZ: 370 606 15
Kontonummer: 000 525 66 90

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.

Gemeinnütziger Verein
zur Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege



Tätigkeitsbereich	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin im ambulanten Bereich <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin im stationären Bereich <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin im wissenschaftlichen Bereich <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin im sonstigen Bereich (z.B. Verwaltung) <input type="checkbox"/> Pflegeberuf (ambulant/stationär) <input type="checkbox"/> Gesundheitswissenschaftler/in <input type="checkbox"/> Sonstige:
Tätig in Institution/Firma (freiwillige Angabe)	
besonderes fachliches Interesse / Arbeitsschwerpunkte	
Ich bin an einer aktiven Mitarbeit interessiert und möchte in dem/den nebenstehenden Fachbereich/en mitarbeiten.	<input type="checkbox"/> EbM in Klinik und Praxis <input type="checkbox"/> EbM im Studium <input type="checkbox"/> Edukation <input type="checkbox"/> Ethik und EbM <input type="checkbox"/> Evidenzbasierte Pharmazie <input type="checkbox"/> Leitlinien <input type="checkbox"/> Health Technology Assessment - HTA <input type="checkbox"/> Operative Fächer <input type="checkbox"/> Patienteninformation und Patientenbeteiligung <input type="checkbox"/> Pflege und Gesundheitsförderung <input type="checkbox"/> Theorie und Methoden (mit AG Glossar) <input type="checkbox"/> Zahnmedizin
<p><i>Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.</i></p> <p>Ein kurzer Abriss meines akademischen und beruflichen Werdegangs liegt bei.</p> <p><i>Ort/Datum</i> <i>Unterschrift</i></p>	
<p><i>Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos/des folgenden Kontos einzuziehen:</i></p> <p><i>Ort/Datum</i> <i>Unterschrift</i></p>	
Jahresbeitrag	€
Name des Kontoinhabers:	
Kontonummer:	
Bankleitzahl:	
Kreditinstitut:	

Rechnung: Ich zahle meinen Jahresbeitrag per Rechnung