



Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.

Fachverband seit 1926

Bundesgeschäftsstelle ■ Haus der Gesundheitsberufe  
Salzufer 6 ■ 10587 Berlin ■ Tel.: +49 (0) 30 - 39 40 64 540, ■ Fax: +49 (0) 30 - 39 40 64 545  
E-mail: [info@dvsg.org](mailto:info@dvsg.org) ■ Internet: [www.dvsg.org](http://www.dvsg.org)

## Aufnahmeantrag

### DVSG - Einzelmitglied

Name:..... Vorname:..... Geb.:.....

Beruf:.....

Anschrift:.....

.....

Tel.: ..... Fax: .....

E-Mail: .....

Beginn der Mitgliedschaft: .....

Die Satzung der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) erkenne ich an.

Datum: .....

.....  
Unterschrift / Stempel

+++++

### **Einzugsermächtigung**

**Ich bevollmächtige die Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. wider-  
ruflich den fälligen Mitgliedsbeitrag jährlich zu Lasten meines Kontos abzubuchen:**

.....  
**Kreditinstitut**

.....  
**Bankleitzahl**

.....  
**Kontonummer**

.....  
**Kontoinhaber**

.....  
**Datum / Unterschrift**

- bitte wenden -

**Für statistische Zwecke in der DVSG bitten wir um nachfolgende Angaben:**

**Name und Anschrift meines Arbeitgebers / Institution / Organisation:**

.....  
.....  
.....

Homepage:.....

**Arbeitsfeld im Bereich Sozialarbeit im Gesundheitswesen:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Geriatrie                             | <input type="checkbox"/> Psychiatrie    |
| <input type="checkbox"/> Einrichtungen für behinderte Menschen | <input type="checkbox"/> Rehabilitation |
| <input type="checkbox"/> Beratungsstellen                      | <input type="checkbox"/> Suchhilfe      |
| <input type="checkbox"/> Berufsförderungswerk                  | <input type="checkbox"/> Sonstige       |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus                           | .....                                   |
| <input type="checkbox"/> Behörden/Institution:                 |   |
| .....  |   |
| <input type="checkbox"/> stationär                             | <input type="checkbox"/> ambulant       |

**Aufgabenschwerpunkt:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....