



dbu

Deutscher Berufsverband Klinischer Umweltmediziner e.V.

Geschäftsstelle: Siemensstraße 26 A, 12247 Berlin
 Tel.: +49 030-76904521, Fax: +49 030-76904522
 E-Mail: dbu@dbu-online.de
 www.dbu-online.de

Ausschreibung: Förderpreis des Deutschen Berufsverbandes der Klinischen Umweltmediziner e.V.

Der Förderpreis des Deutschen Berufsverbandes der Klinischen Umweltmediziner wird für herausragende Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Klinischen Umweltmedizin verliehen. Für eine Prämierung kommen Arbeiten in Frage, die sich mit diagnostischen und therapeutischen Fragestellungen oder der Grundlagenforschung auf dem Gebiet der Klinischen Umweltmedizin befassen.

Der Preis dient der Förderung insbesondere jüngerer Wissenschaftler und der Unterstützung Pharma-unabhängiger angewandter Forschung, die den betroffenen Patienten unmittelbar oder in naher Zukunft helfen wird. Zurzeit werden jährlich bis zu 5.000 Euro zu diesem Zweck zur Verfügung gestellt.

Die Bewerber reichen bitte bis zum 01. März 2020 eine Originalarbeit in deutscher oder englischer Sprache ein, die bis zu diesem Zeitpunkt publiziert oder zur Publikation angenommen wurde sowie einen tabellarischen Lebenslauf. Die Jury kann bei mehr als einer eingereichten preiswürdigen Arbeit den Preis teilen. Alle Unterlagen sind als pdf-Dateien, per E-Mail an die Geschäftsstelle des dbu zu schicken.

Bewerbungen per E-Mail an die Geschäftsstelle:

Siemensstraße 26a
 12247 Berlin
 E-Mail: dbu@dbu-online.de
 Internet: www.dbu-online.de

Beitrittserklärung per Fax an: +49 030-76904522

 Titel und vollständiger Name Institution/Praxis

 Straße PLZ/Ort

 Telefon/Fax E-Mail

Ich beantrage den Beitritt als:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> MITGLIED | (Ich bin in eigener Praxis oder an Kliniken und sonstigen medizinischen Institutionen als weitergebildeter Umweltmediziner diagnostisch und kurativ tätig)
<input type="checkbox"/> Zusatzbezeichnung Umweltmedizin <input type="checkbox"/> vergleichbare Qualifikation | <input type="checkbox"/> Jahresbeitrag: 120,- Euro
<input type="checkbox"/> bei Lastschriftzug: 108,- Euro
<input type="checkbox"/> Rentner/Pensionäre: 90,- Euro |
|--|---|---|

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> FÖRDERMITGLIED | (Ich stehe dem Zweck und den Aufgaben des Verbandes nahe und will ihn durch meine Mitgliedschaft und Mitwirkung bei der Erfüllung seiner Aufgaben unterstützen)
<input type="checkbox"/> niedergelassen <input type="checkbox"/> angestellt | <input type="checkbox"/> Jahresbeitrag: 80,- Euro
<input type="checkbox"/> bei Lastschriftzug: 72,- Euro |
|--|--|---|

- Als Mitglied möchte ich in regionalen Arbeitsgruppen aktiv werden und stimme daher der Weitergabe meiner Adresse an ebenfalls interessierte Mitglieder zu.
- Ich bin mit der Weitergabe meiner Adresse an Patienten einverstanden.

SEPA-Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich widerruflich, die von mir einmal jährlich zu entrichtende Beitragszahlung in Höhe von Euro künftig bei Fälligkeit abzubuchen.

IBAN:

BIC:



 Stempel/Unterschrift

 Ort/Datum