

# Deutsche Gesellschaft für Photobiologie e.V.

---

## Aufnahmeantrag

Die Deutsche Gesellschaft für Photobiologie befasst sich mit der Erforschung der Wirkungen der optischen Strahlungen (ultraviolett, sichtbare und infrarote) auf die lebende Materie und Organismen sowie mit der Förderung ihrer Anwendung in der Medizin. Der Verwirklichung dieser Ziele dient die enge Zusammenarbeit ihrer Mitglieder in Forschung und Lehre, auf wissenschaftlichen Tagungen und in Sonderkommissionen.

Hiermit bitte ich um Aufnahme als ordentliches Mitglied in die Deutsche Gesellschaft für Photobiologie.

### 1. Vorsitzender

**Prof. Dr. med. Mark Berneburg**  
Klinik und Poliklinik für Dermatologie  
Franz-Josef-Strauß-Allee 11  
93053 Regensburg

### 2. Stellvertretender Vorsitzender

**Prof. Dr. med. Peter Wolf**  
Klinik für Dermatologie und Venerologie  
Auenbruggerplatz 8, 8036 Graz

### 3. Sekretär

**Priv.-Doz. Dr. med. Thorsten Peters**  
Klinik für Dermatologie und Allergologie  
Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm

### 4. Schatzmeister

**Peter Saalman**  
Werrestr. 94a, 32049 Herford

**Titel, Vorname und Name:** \_\_\_\_\_

**Institut /Firma:** \_\_\_\_\_

**Postanschrift:** \_\_\_\_\_

**Telefon & Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Besondere Interessen:** \_\_\_\_\_

**Benennung zweier Bürgen, die bereits Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Photobiologie sind, falls möglich:**

\_\_\_\_\_  
**Datum und Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Die Aufnahme kann erst auf der nächsten ordentlichen Mitgliederversammlung bestätigt werden. Bis dahin erhält der Antragsteller alle Informationen und kann an allen Veranstaltungen der Deutschen Gesellschaft für Photobiologie e. V. teilnehmen.

**Wir möchten Sie bitten, zur Kosten- und Aufwandsreduzierung untenstehende Vollmacht zum Bankeinzugsverfahren auszufüllen!**

Hiermit bevollmächtige ich die Deutsche Gesellschaft für Lichtforschung e.V. meinen jährlich anfallenden Mitgliedsbeitrag von z. Zt. **20,- EUR** von meinem untenstehend aufgeführten Konto per Bankeinzug abzubuchen:

<b>Kontoinhaber</b>	
<b>Geldinstitut</b>	
<b>Bankleitzahl</b>	
<b>Kontonummer</b>	
<b>Datum / Unterschrift</b>	

Diese Vollmacht kann von mir jederzeit auf schriftlichem Wege widerrufen werden und erlischt automatisch bei meinem Austritt aus der Gesellschaft.

Bankverbindung: Sparkasse Herford, Konto-Nr.: 10 454, BLZ 494 501 20