**Antrag auf Beitragsreduktion 202\_\_**

bei der Deutschen Phytomedizinischen Gesellschaft e.V. (DPG)

Die Deutsche Phytomedizinische Gesellschaft e.V. kann auf Antrag und nach Prüfung durch den Vorstand ordentlichen Mitgliedern eine Reduktion des Beitrags gewähren.

Bitte füllen Sie den nachfolgenden Antrag wahrheitsgemäß aus. Denken Sie bitte daran, dass ein solcher Antrag nach der Satzung geregelten Fristen neue zu stellen und durch den DPG-Vorstand zu prüfen ist!

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** |  |
| **Vorname** |  |
| **Geburtsdatum** |  | Mitgliedsnummer |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adresse** | Strasse, Nr. |  |
|  | PLZ, Ort |  |

bei Diplomanden /

Doktoranden

|  |  |
| --- | --- |
| Wissenschaftliche Betreuung durch |  |

Angaben zum monatlichen ja nein

Nettoeinkommen

Bitte ankreuzen, wenn zutreffend unterhalb der

 Pfändungsfreigrenzen

Die gültigen Pfändungsfreigrenzen entnehmen Sie bitte den aktuellen Lohnpfändungstabellen!

Angaben zu sonstigen besonderen Härten der persönlichen Situation

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Ich versichere, dass ich die oben genannten Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe.

|  |
| --- |
|  |
| Ort, Datum Unterschrift |