



## Aufnahmeantrag

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular an:

DVSE – Mitgliederverwaltung | c/o Intercongress GmbH | Ingeborg-Krummer-Schroth-Str. 30 | 79106 Freiburg

dvse-mitgliederverwaltung@intercongress.de | Tel. 0761 69699-19 | Fax 0761 69699-11

**Hiermit stelle ich den Antrag, als ordentliches Mitglied in die DVSE e.V. aufgenommen zu werden:**

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Titel

**Bitte Privatanschrift angeben:**

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnr.

\_\_\_\_\_  
E-Mailadresse (für Korrespondenz zwingend anzugeben)

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon, Fax

\_\_\_\_\_  
Land

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**Funktion:**

- Assistenzarzt/-ärztin
- Facharzt/-ärztin
- Oberarzt/-ärztin
- Chefarzt/-ärztin

- Ärztliche/r Direktor/-in
- Sektionsleiter/-in
- Niedergelassener Arzt/Ärztin

Frühere Ämter, Tätigkeiten, Mitgliedschaften in anderen ärztlichen Gesellschaften oder Berufsorganisationen von besonderem Interesse: \_\_\_\_\_

- DGOOC     DGU     DGOU

### Einwilligung in die Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten:

Gemäß Datenschutzgrundverordnung wird darauf hingewiesen, dass für Zwecke der Mitgliederverwaltung und Mitgliederinformation die abgefragten Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Sie können eine erteilte Einwilligung insgesamt oder hinsichtlich einzelner Maßnahmen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten durch den Verein zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und Mitgliederinformation im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
✕

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin



## Aufnahmeantrag – Seite 2

### Bitte ankreuzen:

- Ich bin einverstanden, dass meine Anschrift an fördernde Firmen weitergegeben werden kann.  Ja  Nein
- Ich bin einverstanden, dass unten genannte Daten auf der DVSE-Website veröffentlicht werden.  Ja  Nein

### Bitte geben Sie für die Veröffentlichung auf der DVSE-Website Ihre Geschäftsanschrift an:

_____	_____
Institut	E-Mailadresse (geschäftlich)
_____	_____
Abteilung	Website
_____	_____
Straße und Hausnr.	Telefon (geschäftlich)
_____	_____
PLZ, Ort, Land	ggf. Fax

### Bürgschaft:

Die Satzung der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie e.V. bestimmt, dass zur Aufnahme als Mitglied ein formeller Antrag gestellt wird. Auf dem Antragsformular muss der Antragsteller / die Antragstellerin von einem Mitglied aus dem Vorstand und von zwei Bürgen unter den Mitgliedern durch deren Unterschrift empfohlen werden.

Die Aufnahme des Antragstellers / der Antragstellerin in die Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie e.V. befürworten:

1.	_____	_____	_____
	Name	Ort	Unterschrift
2.	_____	_____	_____
	Name	Ort	Unterschrift
3.	_____	_____	_____
	Name	Ort	Unterschrift

### Hinweise zur Bürgschaft

Sollten Sie kein Vorstandsmitglied oder ordentliches Mitglied der DVSE e.V. persönlich kennen, so empfehlen wir, sich bei einem Mitglied der DVSE in Ihrer Umgebung ([DVSE-Website](#)) vorzustellen und um dessen Bürgschaft zu ersuchen. Die beiden weiteren Bürgschaften können durch das Einreichen eines Curriculum Vitae, aus dem auch das berufliche Engagement im Bereich der Schulter- und Ellenbogenchirurgie ersichtlich ist, sowie ggf. einer Publikationsliste mit dem Mitgliedsantrag erzielt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**x**  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin



## Aufnahmeantrag – Seite 3

### Mitgliedsbeitrag:

Die Entrichtung des Mitgliedsbeitrages erfolgt per Bankeinzug.

Der Mitgliedsbeitrag ist gemäß der Funktion gestaffelt:

- 120 Euro/Jahr**            Assistenzarzt/-ärztin (**bitte Nachweis einreichen, s. Vorlage [Arbeitgeberbescheinigung](#)**)  
**150 Euro/Jahr**            Facharzt/-ärztin, Niedergelassener Arzt/Ärztin, Leitende Funktionen

### Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen

Die Intercongress GmbH-Gläubiger-ID lautet DE15ZZZ 000 004 457 05.

Ihre Mandatsreferenz erhalten Sie mit Ihrer Rechnung/ Buchungsbestätigung.

Ich ermächtige die Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE) e.V., die wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DVSE e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname des Kontoinhabers / der Kontoinhaberin

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
**x**  
Unterschrift