



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 D-A-CH 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 D-A-CH 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 D-A-CH 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