



Antrag auf Mitgliedschaft

Personenbezogene Daten	Privatanschrift
☒ weiblich ☐ männlich ☐ divers	Straße _____
Titel _____	PLZ/Ort D- _____
Name _____	Bezirk _____
Vorname _____	Tel. _____ Fax _____
Geb. _____	Mobil _____
	E-Mail _____
Praxisanschrift (falls zutreffend)	Krankenhausanschrift (falls zutreffend)
Praxis _____	Klinik _____
_____	Abt. _____
Straße _____	Straße _____
PLZ D- _____ Ort _____	PLZ D- _____ Ort _____
Tel. _____ Fax _____	Tel. _____ Fax _____
E-Mail _____	E-Mail _____
Internet http:// _____	Internet http:// _____

Dieser Mitgliedsantrag besteht aus vier DIN A4-Seiten. Bitte bearbeiten Sie diesen Antrag komplett und fügen diesem auch alle notwendigen Anlagen bei.



Beantragte Mitgliedschaft		Ärztliche Daten	
Beginn der Mitgliedschaft _____ Art der Mitgliedschaft ☐ Arzt/Ärztin ☐ Außerordentliches Mitglied als _____ ☐ Student*in Universität _____ Aktuelles Semester _____ ☐ Ich bin bereits in einem anderen DGSP-Landesverband Mitglied und möchte wechseln		Approbation seit _____ Facharzt/-ärztin für _____ Zusatzbezeichnungen ☐ Sportmedizin ☐ Keine ☐ Weitere _____	
Meine personalisierte Mitgliedschaft			
Die Post soll an folgende Anschrift gesendet werden: ☐ Private Adresse ☐ Praxisadresse ☐ Klinikadresse Ich möchte die Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin erhalten: ☐ Ja, als Online-Ausgabe ☐ Ja, als Print-Version (zusätzliche Kosten 36EUR/Jahr) ☐ Nein Ich möchte den Sportmedizin-Newsletter der DGSP erhalten (<i>jederzeit abbestellbar</i>): ☐ Ja, private E-Mail-Adresse ☐ Ja, geschäftliche E-Mail-Adresse ☐ Nein Ich bin jünger als 45 Jahre und möchte der Young DGSP beitreten (kostenfrei) ☐ Ja ☐ Nein		Der Jahresbeitrag beträgt derzeit 100 Euro (unabhängig vom Eintrittsdatum) Eine Mitgliedschaft ist nur in Verbindung mit der Einzugsermächtigung möglich. Bitte senden Sie uns den Aufnahmeantrag zusammen mit Ihrer Einzugsermächtigung zu. <u>Information für Studierende</u> Die studentische Mitgliedschaft ist beitragsfrei nur unter Vorlage der aktuellen Immatrikulationsbescheinigung und endet mit Ihrer Approbation. Bitte senden Sie uns den Aufnahmeantrag zusammen mit der Kopie Ihrer Immatrikulationsbescheinigung zu. Der Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn alle Unterlagen vollständig sind!	



Datenschutzerklärung

Ich willige ein, dass der Sportärzteverband Baden e.V. als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten, wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Mitgliederinformationen durch den Sportärzteverband Baden e.V. sowie durch den Dachverband Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) e.V. verarbeitet und speichert.

Nähere Informationen erhalten Sie hierzu über die Datenschutzerklärung auf der Website des Dachverbandes DGSP unter URL <https://www.dgsp.de/datenschutz/>.

Eine Übermittlung von Daten an den Dachverband DGSP findet nur im Rahmen der in den Satzungen des Sportärzteverbandes Baden e.V. bzw. des Dachverbandes DGSP festgelegten Zwecke statt. Diese Datenübermittlungen sind notwendig zum Zweck der Mitgliederverwaltung, zum Zwecke der Verbandsorganisation und zum Zwecke der Einwerbung von öffentlichen Fördermitteln. Eine Datenübermittlung an Dritte, außerhalb des Sportärzteverbandes Baden e.V bzw. der DGSP e.V., findet nicht statt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet ebenfalls nicht statt.

Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der steuerrechtlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen.

Neben dem Recht auf Auskunft bezüglich der zu seiner Person bei dem Verantwortlichen Sportärzteverband Baden e.V. gespeicherten Daten hat jedes Mitglied, im Rahmen der Vorgaben der DSGVO, das Recht, der Speicherung der Daten, die nicht im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben für bestimmte Zeiträume vorgehalten werden müssen, für die Zukunft zu widersprechen. Ferner hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.

Ort

Datum

Unterschrift mit Vor- und Nachnamen



SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Sportärzteverband Baden e.V. die von mir zu entrichtenden Zahlungen bzgl. des jährlichen Mitgliedsbeitrags bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sportärzteverband Baden e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung („SEPA Recurrent Payment“).

Vorname und Nachname des
Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

IBAN (22 Stellen)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (8 oder 11 Stellen)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name des Kreditinstituts _____

Ort

Datum

Unterschrift mit Vor- und Nachnamen

Fast geschafft...

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Sportärztebund Baden e.V. als Landesverband der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. Ich verpflichte mich, die Satzungen und Ordnungen des Sportärztebund Baden e.V. zu beachten und über ausreichend Deckung für den jährlichen Einzug meines Mitgliedsbeitrages zu sorgen.

Die Satzung des Sportärzteverbandes Baden e.V. kann ich jederzeit auf der Website des Vereins einsehen.

Ort

Datum

Unterschrift mit Vor- und Nachnamen