



Aufnahmeantrag

Sportärztebund Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Kontakt

Sportärztebund Mecklenburg-Vorpommern e.V. • Chirurgische D-Arzt-Praxis

Leipziger Allee 60 • 17389 Anklam

Tel: 0 39 71 / 29 34 15, Fax: 0 39 71 / 29 34 16

E-Mail: landesverband@sportmedizin-mv.de

Web: <http://www.sportmedizin-mv.de>

Antrag auf Mitgliedschaft

Personenbezogene Daten	Privatanschrift
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	Straße _____ _____
Titel _____	PLZ _____ Ort _____
Name _____	Tel _____ Fax _____
Vorname _____	Mobil _____
Geb. _____	E-Mail _____ _____
Praxisanschrift (falls zutreffend)	Krankenhausanschrift (falls zutreffend)
Praxis _____ _____	Klinik _____ _____
Straße _____	Abt. _____
PLZ _____ Ort _____	Straße _____
Tel _____ Fax _____	PLZ _____ Ort _____
E-Mail _____	Tel _____ Fax _____
Internet _____	E-Mail _____
Internet _____	Internet _____ _____
Beantragte Mitgliedschaft	Ärztliche Daten
Beginn der Mitgliedschaft _____	Approbation seit _____
Art der Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin	Facharzt/-ärztin für _____
<input type="checkbox"/> Außerordentliches Mitglied	Ich arbeite <input type="checkbox"/> niedergelassen
<input type="checkbox"/> Ich bin bereits in einem anderen DGSP-Landesverband Mitglied und möchte wechseln	<input type="checkbox"/> im klinischen Setting
	<input type="checkbox"/> im präventiven/Reha-Setting
	<input type="checkbox"/> universitär
	<input type="checkbox"/> anderer Kontext
	Zusatzbezeichnungen <input type="checkbox"/> Sportmedizin
	<input type="checkbox"/> 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
 Nein

Ich möchte den
Sportmedizin-Newsletter
der DGSP erhalten
(jederzeit *abbestellbar*):

Ja, private E-Mail-
Adresse
 Ja, geschäftliche
E-Mail-Adresse
 Nein

Die Zahlung des vollen jährlichen Mitgliedsbeitrages per Lastschrift (unabhängig vom Eintrittsdatum) ist obligatorisch.

Bitte den Aufnahmeantrag zusammen mit dem SEPA-Mandat an uns zurücksenden. Der Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn alle Unterlagen vollständig sind!

Datenschutzerklärung

Ich willige ein, dass der Sportärzteverband Mecklenburg-Vorpommern 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 Mecklenburg-Vorpommern e.V. sowie durch den Dachverband Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) e.V. verarbeitet und speichert. Insofern mit dem Mitgliedsantrag einer Übersendung der Deutschen Zeitschrift für Sportmedizin zugestimmt wurde, wird ebenfalls die Verarbeitung der postalischen Adresse durch das entsprechende vom Dachverband DGSP beauftragte Verlagshaus im Rahmen des Postverbands der Publikation autorisiert. Insofern mit dem Mitgliedsantrag einer Übersendung des Sportmedizin-Newsletters zugestimmt wurde, wird die Verarbeitung des Namens, Vornamens, des Titels und der E-Mail-Adresse durch das entsprechende vom Dachverband DGSP beauftragte Unternehmen für den Newsletterversand autorisiert. 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 Mecklenburg-Vorpommern 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 Mecklenburg-Vorpommern 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 Mecklenburg-Vorpommern 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 Mecklenburg-Vorpommern 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 Mecklenburg-Vorpommern e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

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

Vorname und Nachname des Kontoinhabers																								
Straße und Hausnummer																								
Postleitzahl und Ort																								
IBAN (22 Stellen)																								
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																								
BIC (8 oder 11 Stellen)																								
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																								
_____	_____	_____																						
Ort	Datum	Unterschrift mit Vor- und Nachnamen																						

Fast geschafft...

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

Die Satzung des Sportärzteverbandes Mecklenburg-Vorpommern e.V. kann ich jederzeit auf der Website des Vereins einsehen.

Ort Datum Unterschrift mit Vor- und Nachnamen