

Antrag auf Mitgliedschaft

Personenbezogene Daten	Privatanschrift
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers Titel _____ Name _____ Vorname _____ Geb. _____	Straße _____ PLZ _____ Ort _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____

Praxis- oder Krankenhausanschrift (falls zutreffend)
Praxis/Klinik _____ Abteilung _____ Straße _____ PLZ _____ Ort _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____

Beantragte Mitgliedschaft	Ärztliche Daten
Beginn der Mitgliedschaft _____ Art der Mitgliedschaft: <input type="checkbox"/> Mitglied (Arzt/Ärztin) <input type="checkbox"/> Student/-in <input type="checkbox"/> Rentner/-in <input type="checkbox"/> außerordentliches Mitglied: _____ (z.B. Physiotherapeut/-in, Sportwissenschaftler/-in) <input type="checkbox"/> Wechsel Landesverband: _____ (alter Landesverband)	Approbation seit _____ Facharzt/-ärztin für _____ Ich arbeite <input type="checkbox"/> niedergelassen <input type="checkbox"/> im klinischen Setting <input type="checkbox"/> im präventiven/Reha-Setting <input type="checkbox"/> universitär <input type="checkbox"/> anderer Kontext <input type="checkbox"/> Kassenzulassung Zusatzbezeichnungen <input type="checkbox"/> Sportmedizin <input type="checkbox"/> Weitere: _____ _____ _____
Der Mitgliedsbeitrag beträgt für alle Mitglieder 96 € pro Jahr. RentnerInnen und StudentInnen zahlen 64 €. Bei Rechnungsstellung erhöht sich der Beitrag um 5 €.	

Meine personalisierte Mitgliedschaft

Die Post soll an folgende Anschrift gesendet werden:

- Privatanschrift
- Praxis-/Klinikanschrift

Ich möchte die Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin erhalten:

- Ja, als Online-Ausgabe
- Ja, als Print-Version (zusätzliche Kosten 36 € pro Jahr)
- Nein

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

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

Datenschutzerklärung

Ich willige ein, dass der Sportärztebund Niedersachsen 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 Sportärztebund Niedersachsen 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 als Print- oder Online-Version zugestimmt wurde, wird ebenfalls die Verarbeitung der postalischen Adresse, des Namens, Vornamens, des Titels und der E-Mail-Adresse durch das entsprechende vom Dachverband DGSP beauftragte Verlagshaus 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 Sportärztebund Niedersachsen 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 Sportärztebund Niedersachsen 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 Sportärztebund Niedersachsen 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 Name in Druckbuchstaben und UNTERSCHRIFT

Zahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrages

per Rechnung an folgende Anschrift (bei Rechnungsstellung erhöht sich der Mitgliedsbeitrag um 5 €):

- Privatanschrift
- Praxis-/Klinikanschrift

per Lastschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Sportärztebund Niedersachsen 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 Sportärztebund Niedersachsen 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" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>																							
BIC (8 oder 11 Stellen)																							
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>																							

ORT DATUM Name in Druckbuchstaben und UNTERSCHRIFT

Fast geschafft ...

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

Die Satzung des Sportärztebundes Niedersachsen e.V. kann ich jederzeit auf der Website des Vereins einsehen.

ORT DATUM Name in Druckbuchstaben und UNTERSCHRIFT

Der vollständige Mitgliedsantrag umfasst 3 DIN A4-Seiten. Er beginnt mit dem Titel „Antrag auf Mitgliedschaft“ und endet mit dieser Zeile.