

# DGAI-Aufnahmeantrag

Bitte in Maschinen- oder Blockschrift ausfüllen!



Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Antrag im Original an die DGAI-Mitgliederverwaltung:

DGAI Mitgliederverwaltung  
c/o MCN Medizinische Congress-  
organisation Nürnberg AG  
Neuwieder Str. 9  
D-90411 Nürnberg

## Bei Fragen:

Mitgliederverwaltung  
Tel: 0911 – 39316 - 23; - 10  
Fax: 0911 – 39316 - 58  
E-Mail: [dgai@dgai-mitglieder.de](mailto:dgai@dgai-mitglieder.de)

Ich beantrage meine Aufnahme in die **Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)** als

- ordentliches Mitglied** (Fachärzte für Anästhesiologie/Ärzte in Weiterbildung in der Anästhesiologie)
- außerordentliches Mitglied** (Ärzte anderer Fachrichtungen, Wissenschaftler und andere in der Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie tätige Personen)
- ab sofort (bei vollem Jahresbeitrag)**                       **ab dem 1. Januar kommenden Jahres**
- Mitglied des BDA** seit \_\_\_\_\_                      Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

## Persönliche Angaben:

m    w    d (Angabe freiwillig)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Akad. Titel \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Geb.-Ort \_\_\_\_\_

## Privatanschrift:

Straße/Haus-Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## Gewünschte Zahlungsweise:

- Überweisung**
- SEPA-Basis-Lastschriftmandat** (nur innerhalb Deutschlands)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE32ZZZ00000588377 / Mandatsreferenz WIRD SEPARAT MITGETEILT

Ich ermächtige die DGAI, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGAI auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich bin einverstanden, dass ich sieben Tage vor dem Fälligkeitstermin der Zahlung über die Abbuchung von der DGAI informiert werde.

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.

Vorname und Nachname des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
IBAN

Datum, Ort \_\_\_\_\_ Unterschrift des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

# DGAI-Aufnahmeantrag

Bitte in Maschinen- oder Blockschrift ausfüllen!



Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin

## Dienstanschrift:

Dienststelle

Abteilung

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Ort

Telefon/Fax

Email

## Berufliche Stellung:

- Assistenzarzt       Oberarzt       Chefarzt       Wiss. Mitarbeiter  
 Niedergelassener Arzt       Belegarzt       Sonstige \_\_\_\_\_

## Umfang der beruflichen Tätigkeit:

- Vollzeit mit durchschnittlicher Wochenarbeitszeit von \_\_\_\_\_  
 Teilzeit mit durchschnittlicher Wochenarbeitszeit von \_\_\_\_\_  
 Nicht/nicht mehr beruflich tätig, Grund: \_\_\_\_\_  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

## Qualifikation:

- Arzt in Weiterbildung, Fachgebiet: \_\_\_\_\_  
vorauss. Zeitpunkt d. Facharztanerkennung: \_\_\_\_\_  
 Facharzt, Fachgebiet: \_\_\_\_\_  
 Zusatzqualifikation: \_\_\_\_\_  
 Sonstige \_\_\_\_\_
- Ich stimme der Veröffentlichung meiner dienstlichen Adressdaten im geschlossenen Mitgliederbereich auf der Homepage der DGAI zu.

**Mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung dieser Daten gem. BDSG im Rahmen der satzungsmäßigen Aufgaben der DGAI bin ich einverstanden.**

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

Die Angabe und Unterschrift eines Bürgen entfällt, wenn der Antragssteller ein BDA-Mitglied ist. Ansonsten ist die Unterschrift eines Bürgen, der ordentliches Mitglied der DGAI ist, erforderlich.

Hiermit bestätige ich (Bürge) die Richtigkeit der Angaben in diesem Antragsformular.

Name, Vorname

DGAI-Mitgliedsnummer

Unterschrift des Bürgen

### Gender-Hinweis

Allein aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher, weiblicher und weiterer Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechterformen. Dies impliziert keinesfalls eine Benachteiligung der jeweils anderen Geschlechter, sondern ist als geschlechtsneutral zu verstehen.

Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.  
Roritzerstraße 27 - 90419 Nürnberg, Telefon: 0911 / 933 78 0 - Telefax: 0911 / 393 81 95, Homepage: [www.dgai.de](http://www.dgai.de)



Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin

HAUPTGESCHÄFTSFÜHRER

**Professor Dr. med. Alexander Schleppers**

Telefon: 0911 / 933 78 0

Telefax: 0911 / 393 81 95

E-Mail: [dgai@dgai-ev.de](mailto:dgai@dgai-ev.de)

## Assoziierte Mitgliedschaft in der ESA

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Statuten des National Anaesthesiologists Societies Committee (NASC) der European Society of Anaesthesiology (ESA) bieten den Mitgliedern der europäischen nationalen Gesellschaften für Anästhesiologie die Möglichkeit, kostenfrei assoziierte Mitglieder der ESA zu werden. (Siehe auch <http://www.esahq.org>)

Dieses erhöht das politische Gewicht und den Einfluss der ESA auf europäischer Ebene und bietet für Sie folgende Vorteile:

- Rabattierte Gebühren für den jährlichen Euroanaesthesia Congress
- Freier online Zugang zum:
  - European Journal of Anaesthesiology (EJA)
  - Current Opinion in Critical Care
  - Current Opinion in Anaesthesiology
- Erhalt der ESA-Newsletter
- Mitgliederzugang zur ESA- Website

Die Assoziierte Mitgliedschaft gilt zunächst für zwei Kalenderjahre und kann anschließend problemlos erneuert werden. Sie ist mit keinerlei Kosten für Sie verbunden.

Die DGAI müsste hierfür der ESA allerdings folgende Mitgliederdaten: **Titel, Vor- und Nachname, E-Mail-Adresse, Mitgliedsnummer**, zur Verfügung stellen.

Verantwortlich für die Verarbeitung dieser personenbezogenen Daten ist die ESA (ESA Secretariat, 24 Rue des Comédiens, BE-1000 Brussels (Belgium), Tel: +32 274 332 90, E-Mail: [info@esahq.org](mailto:info@esahq.org)). Die freigegebenen personenbezogenen Daten werden von der ESA nur solange gespeichert, wie für Zwecke der Verwaltung der assoziierten Mitgliedschaft erforderlich, in jedem Fall aber nicht länger als 2 Jahre, es sei denn, die Mitgliedschaft wird um weitere 2 Jahre verlängert.



Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin

Sie sind jederzeit berechtigt, gegenüber der ESA um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen sowie die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen. Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Der Widerruf kann postalisch, per E-Mail oder per Fax an die ESA übermittelt werden (ESA Secretariat, 24 Rue des Comédiens, BE-1000 Brussels (Belgium), Tel.: -32 274 332 90, E-Mail: [info@esahq.org](mailto:info@esahq.org)).

Die Kontaktdaten der belgischen Datenschutzbehörde sind:

Datenschutzbehörde  
Drukpersstraat 35  
1000 Brüssel  
+32 (0)2 274 48 00  
+32 (0)2 274 48 35  
[contact@apd-gba.be](mailto:contact@apd-gba.be)

Falls Sie an einer assoziierten Mitgliedschaft in der ESA Interesse haben, benötigen wir Ihre Zustimmung zur Weitergabe dieser Daten. Bitte füllen Sie dazu die nachstehende Erklärung aus und senden Sie diese per Post oder per Fax zeitnah an die Mitgliederverwaltung der DGAI.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Alexander Schleppers  
Hauptgeschäftsführer



Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin

DGAI Mitgliederverwaltung  
c/o MCN Medizinische Congressorganisation  
Nürnberg AG  
Neuwieder Str. 9  
90411 Nürnberg

**GESCHÄFTSSTELLE**

Telefon: 0911 / 933 78 0  
Telefax: 0911 / 393 81 95  
E-Mail: [dgai@dgai-ev.de](mailto:dgai@dgai-ev.de)

**Aufnahmeantrag - Assoziierte Mitgliedschaft in der ESA**

**Bitte ankreuzen und unterschreiben:**

- Hiermit beantrage ich als Mitglied der DGAI die assoziierte Mitgliedschaft in der European Society of Anaesthesiology (ESA) und erkläre mich bereit, dass die DGAI hierfür folgende Daten an die ESA übermittelt:

**Titel, Vor- und Nachname, E-Mail Adresse, Mitgliedsnummer:**

**Vorname, Nachname:** \_\_\_\_\_

**E-Mail Adresse:** \_\_\_\_\_

**Mitglieds-Nr. (soweit bereits Mitglied) :** \_\_\_\_\_

---

Datum, Ort

Unterschrift