

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 GmbH
Neuwieder Str. 9
D-90411 Nürnberg

Bei Fragen:

Mitgliederverwaltung
Tel: 0911 – 39316 - 23; - 10
Fax: 0911 – 39316 - 58
E-Mail: 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 _____ **Private E-Mail-Adresse** (wird benötigt für den Rechnungsversand) _____

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	Dienst E-Mail-Adresse

Berufliche Stellung:

- Assistenzarzt Oberarzt Chefarzt Wiss. Mitarbeiter
 Niedergelassener Arzt Belegarzt Sonstige _____

Umfang der beruflichen Tätigkeit:

- Vollzeit 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. DSGVO 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.