

DGAI-Aufnahmeantrag

Bitte in Maschinen- oder Blockschrift ausfüllen!



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)**

- Mitgliedschaft** in der Division A (Fachärztin/-arzt für Anästhesiologie/ Ärztin/Arzt in Weiterbildung in der Anästhesiologie)
- Mitgliedschaft** in der Division B (Nichtärztliche Personen in Gesundheitsfachberufen der AINSP)
- Mitgliedschaft** in der Division C (Nicht anästhesiologische Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler auf dem Gebiet AINSP)
- 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 der Kontoinhaberin/ des Kontoinhabers _____

Kreditinstitut _____ BIC _____

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Datum, Ort _____ Unterschrift der Kontoinhaberin/ des Kontoinhabers _____

DGAI-Aufnahmeantrag

Bitte in Maschinen- oder Blockschrift ausfüllen!



Dienstanschrift:

Dienststelle

Abteilung

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Ort

Telefon/Fax

Dienst E-Mail-Adresse

Berufliche Stellung:

- Ärztin/Arzt in Weiterbildung Fachärztin/-arzt Oberärztin/-arzt Chefärztin/-arzt
 Niedergelassene/r Ärztin/Arzt Belegärztin/-arzt Wiss. Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter
 MFA ATA RA Fachpflege (intensiv./Anästh.) Pflege PA

Umfang der beruflichen Tätigkeit:

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

Qualifikation:

- Ärztin/Arzt in Weiterbildung, Fachgebiet: _____
vorauss. Zeitpunkt d. Facharztanerkennung: _____
 Fachärztin/-arzt, 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 der Antragstellerin/ des Antragstellers

Legende:

MFA = Medizinische/r Fachangestellte/r
ATA = Anästhesietechnische/r Assistentinnen
RA = Rettungsassistentinnen
PA = Physician Assistants