

# 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)**

- 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!



Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin

## 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