

An die
Deutsche Gesellschaft für Angiologie e. V. (DGA)
Haus der Bundespressekonferenz
Schiffbauerdamm 40
10117 Berlin

Antrag auf Mitgliedschaft in der DGA

Name, Vorname Titel

Facharzt/Fachärztin/Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung Dienststellung/Praxis

Klinik/Abteilung

Postanschrift

Telefon (Vorwahl/Rufnummer/Nebenanschluss) Fax

E-Mail-Adresse

Privatanschrift/Telefon/Fax

Geburtsdatum

Dieser Antrag muss von zwei Bürgen, die mindestens drei Jahre Mitglieder der DGA sind, befürwortet werden.

1. Unterschrift

2. falls kein 2. Bürge bekannt, bitte Rücksprache Unterschrift

(Bitte beachten Sie auch das Blatt 2 dieses Mitgliedsantrags)

Beruflicher Werdegang

Bitte legen Sie diesem Antrag einen kurzen tabellarischen Lebenslauf bei. Dieser dient der Bewertung Ihres Mitgliedsantrags und wird von uns nicht an Dritte weitergegeben.

Hinweise zum Datenschutz und der Veröffentlichung Ihrer Daten

Alle in diesem Formular erhobenen Daten werden von der DGA benötigt um die satzungsgemäßen Tätigkeiten ausüben zu können (EU-DSGVO Art 6 Abs.1 lit. b).

Zustimmung zur Veröffentlichung

Im nichtöffentlichen Mitgliederbereich der Website existiert eine Mitgliedersuche, die der vereinfachten Kontaktaufnahme und Kommunikation der Mitglieder untereinander dient.

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Daten in der Mitgliederdatenbank einverstanden:

ja nein

Im öffentlichen Bereich der Website besteht für Patienten die Möglichkeit, unter Eingabe der Postleitzahl Ärzte in der Umgebung der Postleitzahl anzeigen zu lassen.

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner dienstlichen Daten in der Arztdatenbank für Patienten einverstanden:

ja nein

Rechte und Hinweise

Die Website der DGA lässt sich prinzipiell weltweit abrufen. Daher sind, bei einer Zustimmung zur Veröffentlichung, Ihre Daten auch von Ländern aus abrufbar, in denen die Europäische Datenschutz-Grundverordnung keine Anwendung findet. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, der Veröffentlichung Ihrer Daten für die Zukunft zu widersprechen (EU-DSGVO Art 7). Des Weiteren haben Sie das Recht, Auskunft über die über Sie gespeicherten Daten zu erhalten (EU-DSGVO Art 15). Bitte kontaktieren Sie uns in diesen Fällen, oder falls sich Ihre Kontaktdaten ändern, postalisch oder per Mail (info@dga-gefaessmedizin.de).

Ihre Daten werden nach Beendigung Ihrer Mitgliedschaft und dem Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht gelöscht.

Mitgliedsbeitrag

Der Mitgliedsbeitrag für ordentliche Mitglieder beträgt aktuell 200 Euro p.a., für Ärzte in Weiterbildung ermäßigt 110 Euro p.a. Die Ermäßigung muss von der Klinik oder der Praxis auf einem gesonderten Blatt schriftlich nachgewiesen werden. Ein Formular hierfür finden Sie auf unserer Website.

Der Beitrag wird mittels SEPA Lastschriftverfahren eingezogen. Ein entsprechendes Formular geht Ihnen nach Annahme Ihres Antrags zu.

Ort/Datum

Unterschrift der/des Beantragenden

SEPA Business-to-Business Direct Debit Mandate/SEPA-Firmenlastschrift-Mandat
 for SEPA B2B Direct Debit Scheme/für SEPA-Firmen-Lastschriftverfahren

Creditor's Name & address

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

 Deutsche Gesellschaft für Angiologie,
 Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V.
 Schiffbauerdamm 40
 10117 Berlin
 Tel. 030 20 8888 31
 info@dga-gefaessmedizin.de

 Wiederkehrende Zahlungen/
 Recurrent Payments

Creditor identifier/Gläubiger-Identifikationsnummer

DE36ZZZ00000702474

Mandate reference/Mandatsreferenz

[Creditor's Name/Name des Zahlungsempfängers]

By signing this mandate form, you authorise

Deutsche Gesellschaft für Angiologie

to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from

[Creditor's Name/Name des Zahlungsempfängers]

Deutsche Gesellschaft für Angiologie

Ich/Wir ermächtige(n) [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

This mandate is only intended for business-to-business transactions. You are not entitled to a refund from your bank after your account has been debited, but you are entitled to request your bank not to debit your account up until the day on which the payment is due.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin/Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin/Wir sind berechtigt, mein/unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Name of debtor/Kontoinhaber (Vorname, Name)

Street name and number/Straße, Hausnummer

Postal code and city/PLZ, Ort

Country/Land

Account number-IBAN/IBAN

 Swift BIC/BIC¹

Location, date/Ort, Datum

Signature(s)/Unterschrift(en)

1 Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.

SEPA Business-to-Business Direct Debit Mandate/SEPA-Firmenlastschrift-Mandat
 for SEPA B2B Direct Debit Scheme/für SEPA-Firmen-Lastschriftverfahren

Creditor's Name & address

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

 Deutsche Gesellschaft für Angiologie,
 Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V.
 Schiffbauerdamm 40
 10117 Berlin
 Tel. 030 20 8888 31
 info@dga-gefaessmedizin.de

 Wiederkehrende Zahlungen/
 Recurrent Payments

Creditor identifier/Gläubiger-Identifikationsnummer

DE36ZZZ00000702474

Mandate reference/Mandatsreferenz

[Creditor's Name/Name des Zahlungsempfängers]

By signing this mandate form, you authorise

Deutsche Gesellschaft für Angiologie

to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from

[Creditor's Name/Name des Zahlungsempfängers]

Deutsche Gesellschaft für Angiologie

Ich/Wir ermächtige(n) [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

This mandate is only intended for business-to-business transactions. You are not entitled to a refund from your bank after your account has been debited, but you are entitled to request your bank not to debit your account up until the day on which the payment is due.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin/Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin/Wir sind berechtigt, mein/unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Name of debtor/Kontoinhaber (Vorname, Name)

Street name and number/Straße, Hausnummer

Postal code and city/PLZ, Ort

Country/Land

Account number-IBAN/IBAN

 Swift BIC/BIC¹

Location, date/Ort, Datum

Signature(s)/Unterschrift(en)

1 Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.

SEPA Business-to-Business Direct Debit Mandate/SEPA-Firmenlastschrift-Mandat

for SEPA B2B Direct Debit Scheme/für SEPA-Firmen-Lastschriftverfahren

Creditor's Name & address

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Deutsche Gesellschaft für Angiologie,
Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V.
Schiffbauerdamm 40
10117 Berlin
Tel. 030 20 8888 31
info@dga-gefaessmedizin.de

Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments

Creditor identifier/Gläubiger-Identifikationsnummer

DE36ZZZ00000702474

Mandate reference/Mandatsreferenz

[Creditor's Name/Name des Zahlungsempfängers]

By signing this mandate form, you authorise

Deutsche Gesellschaft für Angiologie

to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from

[Creditor's Name/Name des Zahlungsempfängers]

Deutsche Gesellschaft für Angiologie

Ich/Wir ermächtige(n) [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

This mandate is only intended for business-to-business transactions. You are not entitled to a refund from your bank after your account has been debited, but you are entitled to request your bank not to debit your account up until the day on which the payment is due.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin/Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin/Wir sind berechtigt, mein/unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Name of debtor/Kontoinhaber (Vorname, Name)

Street name and number/Straße, Hausnummer

Postal code and city/PLZ, Ort

Country/Land

Account number-IBAN/IBAN

Swift BIC/BIC¹

Location, date/Ort, Datum

Signature(s)/Unterschrift(en)

¹ Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.