



Aufnahmeantrag

Sportärztebund Schleswig-Holstein e.V.

Kontakt

Sportärztebund Schleswig-Holstein e.V. • Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
Institut für Sportmedizin und Trainingswissenschaft • Olshausenstr. 74 • 24098 Kiel

Tel: 04 31 / 88 03 7 – 75, Fax: 04 31 / 88 03 7 – 77

E-Mail: info@sportaerztebund-schleswig-holstein.de

Web: <https://www.sportaerztebund-schleswig-holstein.de>



Antrag auf Mitgliedschaft

Personenbezogene Daten	Privatanschrift
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers Titel _____ Name _____ Vorname _____ Geb. _____	Straße _____ PLZ _____ Ort _____ Tel _____ Fax _____ Mobil _____ E-Mail _____
Praxisanschrift (falls zutreffend)	Krankenhausanschrift (falls zutreffend)
Praxis _____ Straße _____ PLZ _____ Ort _____ Tel _____ Fax _____ E-Mail _____ Internet _____	Klinik _____ Abt. _____ Straße _____ PLZ _____ Ort _____ Tel _____ Fax _____ E-Mail _____ Internet _____
Beantragte Mitgliedschaft	Ärztliche Daten
Beginn der Mitgliedschaft _____ Art der Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> Student*in <input type="checkbox"/> Ich bin bereits in einem anderen DGSP-Landesverband Mitglied und möchte wechseln	Approbation seit _____ Facharzt/-ärztin für _____ Ich arbeite <input type="checkbox"/> niedergelassen <input type="checkbox"/> im klinischen Setting <input type="checkbox"/> im präventiven/Reha-Setting <input type="checkbox"/> universitär <input type="checkbox"/> anderer Kontext Zusatzbezeichnungen <input type="checkbox"/> Sportmedizin <input type="checkbox"/> Weitere _____ _____ _____



Meine personalisierte Mitgliedschaft

Die Post soll an folgende Anschrift gesendet werden:

- Private Adresse
 Praxisadresse
 Klinikadresse

Haben Sie Interesse als Referent bei Fort- und Weiterbildungen tätig zu werden?

- Ja
 Nein

Ich möchte die Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin erhalten:

- Ja
 Nein

Sind Sie bereit E-Mail-Anfragen (z.B. von Studierenden oder Kolleg*innen) zu beantworten?

- Ja
 Nein

Ich möchte den Sportmedizin-Newsletter der DGSP erhalten (jederzeit abbestellbar):

- Ja, private E-Mail-Adresse
 Ja, geschäftliche E-Mail-Adresse
 Nein

Die Zahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrages per Lastschrift ist obligatorisch.

Datenschutzerklärung

Ich willige ein, dass der Sportärztebund Schleswig-Holstein e.V. als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten, wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Mitgliederinformationen durch den Sportärztebund Schleswig-Holstein e.V. sowie durch den Dachverband Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) e.V. verarbeitet und speichert. Insofern mit dem Mitgliedsantrag einer Übersendung der Deutschen Zeitschrift für Sportmedizin zugestimmt wurde, wird ebenfalls die Verarbeitung der postalischen Adresse durch das entsprechende vom Dachverband DGSP beauftragte Verlagshaus im Rahmen des Postverbands der Publikation autorisiert. Insofern mit dem Mitgliedsantrag einer Übersendung des Sportmedizin-Newsletters zugestimmt wurde, wird die Verarbeitung des Namens, Vornamens, des Titels und der E-Mail-Adresse durch das entsprechende vom Dachverband DGSP beauftragte Unternehmen für den Newsletterversand autorisiert. Nähere Informationen erhalten Sie hierzu über die Datenschutzerklärung auf der Website des Dachverbandes DGSP unter URL <https://www.dgsp.de/datenschutz/>.

Eine Übermittlung von Daten an den Dachverband DGSP findet nur im Rahmen der in den Satzungen des Sportärztebundes Schleswig-Holstein e.V. bzw. des Dachverbandes DGSP festgelegten Zwecke statt. Diese Datenübermittlungen sind notwendig zum Zweck der Mitgliederverwaltung, zum Zwecke der Verbandsorganisation und zum Zwecke der Einwerbung von öffentlichen Fördermitteln. Eine Datenübermittlung an Dritte, außerhalb des Sportärztebundes Schleswig-Holstein e.V bzw. der DGSP e.V., findet nicht statt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet ebenfalls nicht statt.

Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der steuerrechtlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen.

Neben dem Recht auf Auskunft bezüglich der zu seiner Person bei dem Verantwortlichen, Sportärztebund Schleswig-Holstein e.V., gespeicherten Daten hat jedes Mitglied, im Rahmen der Vorgaben der DSGVO, das Recht, der Speicherung der Daten, die nicht im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben für bestimmte Zeiträume vorgehalten werden müssen, für die Zukunft zu widersprechen. Ferner hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.

Ort

Datum

Unterschrift mit Vor- und Nachnamen



SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Sportärztebund Schleswig-Holstein e.V. (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE64ZZZ00000516797) die von mir zu entrichtenden Zahlungen bzgl. des jährlichen Mitgliedsbeitrags bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sportärztebund Schleswig-Holstein e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung („SEPA Recurrent Payment“).

Vorname und Nachname des Kontoinhabers																								
Straße und Hausnummer																								
Postleitzahl und Ort																								
IBAN (22 Stellen)																								
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																								
BIC (8 oder 11 Stellen)																								
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																								
_____	_____	_____																						
Ort	Datum	Unterschrift mit Vor- und Nachnamen																						

Fast geschafft...

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Sportärztebund Schleswig-Holstein e.V. als Landesverband der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. Ich verpflichte mich, die Satzungen und Ordnungen des Sportärztebundes Schleswig-Holstein e.V. zu beachten und über ausreichend Deckung für den jährlichen Einzug meines Mitgliedsbeitrages zu sorgen.

Die Satzung des Sportärztebundes Schleswig-Holstein e.V. kann ich jederzeit auf der Website des Vereins einsehen.

Ort Datum Unterschrift mit Vor- und Nachnamen