

Bitte senden oder faxen Sie das vollständig ausgefüllte Formular an:

Intercongress GmbH
Ingeborg-Krummer-Schroth-Str. 30
79106 Freiburg
Tel. 07614 69699-28
Fax 0761 69699-11
E-Mail: digab-geschaefsstelle@intercongress.de



DIGAB

Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft
für Außerklinische Beatmung

Aufnahmeantrag Förderndes Mitglied

Institut/Firma: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

(für Korrespondenzzwecke zwingend anzugeben)

Webseite: _____

(falls keine eigene Website vorhanden, bitte nähere Firmeninformationen beilegen)

Ansprechpartner/in:

Titel: _____

Name: _____ Vorname: _____

Tätigkeitsbereich (Mehrfachnennung möglich):

Innere Medizin

Pneumologie

Intensivmedizin

Neurologe

Anästhesie

Orthopädie

Pädiatrie

Schlafmedizin

Mitgliedsbeitrag

Die Aufnahme in die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. erfolgt durch den Vorstand. Sie kann durch die Mitgliederversammlung widerrufen werden. Der Mitgliedsbeitrag für die Fördermitgliedschaft beträgt 250 Euro pro Kalenderjahr und ist in voller Höhe unabhängig vom Eintrittsdatum zu entrichten. Für die Zahlung des Mitgliedsbeitrags sind die folgenden zwei Optionen möglich:

SEPA-Lastschrift (s. separates Formular)

auf Rechnung



Einwilligung in die Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten:

Gemäß Bundesdatenschutzgesetz sowie Datenschutzgrundverordnung wird darauf hingewiesen, dass für Zwecke der Mitgliederverwaltung und Mitgliederinformation (u.a. Informationen zum Jahreskongress, aktuelle Themen und Projekte der DIGAB e.V.) folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Institut, Firma, Adresse, Telefon, Fax, E-Mailadresse, Name, Vorname, Titel.

Sie können eine erteilte Einwilligung insgesamt oder hinsichtlich einzelner Maßnahmen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen – bitte nutzen Sie hierfür die Kontaktdaten der DIGAB e.V. auf Seite 1.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der vorbenannten, personenbezogenen Daten durch den Verein zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und Mitgliederinformation im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden.

Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung e.V. und bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift



DIGAB

Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft
für Außerklinische Beatmung

Mitgliedschaftsantrag

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger- Identifikationsnummer: DE15ZZZ 000 004 457 05.

Ihre Mandatsreferenz erhalten Sie mit Ihrer Rechnung/Buchungsbestätigung.

Ich ermächtige die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V., die wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DIGAB e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise:

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.

Der Mitgliedsbeitrag wird am 01. Februar des Beitragsjahres von meinem angegebenen Konto abgebucht.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Vorname des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Kreditinstitut

BIC (8 oder 11 Stellen)

IBAN

Ort

Datum

Unterschrift