

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 Privatmitgliedschaft

### Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Titel: \_\_\_\_\_ Geb.- Datum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Land: \_\_\_\_\_  
Telefon privat: \_\_\_\_\_ Fax privat: \_\_\_\_\_  
Private E-Mail: \_\_\_\_\_  
(für Korrespondenzzwecke zwingend anzugeben)

### Berufliche Angaben

Firma, Standort: \_\_\_\_\_

### Höchster Abschluss

#### Nicht-akademisch

Schulabschluss Ausbildungsberuf Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Akademisch

Fachhochschulreife Universität (Diplom, Magister, Bachelor, Master Staatsexamen etc.)  
Promotion Habilitation Sonstige: \_\_\_\_\_

### Art der Tätigkeit

#### Nicht-akademisch

Arzthelfer(in) Pflegehelfer examinierte Pflegeberufe  
Therapeuten MT(R)A Versicherungsfachangestellte(r)  
kaufmännische Berufe Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Akademisch

Arzt/Ärztin Psychologe/Psychologin Therapeuten  
Pädagoge/in Sozialpädagoge/in Pflegewissenschaftler(in)  
Ökonom Jurist(in) Sonstige: \_\_\_\_\_

### Fachgebiet (nur Ärzte, Mehrfachnennung möglich)

Innere Medizin Pneumologie Intensivmedizin  
Neurologe Anästhesie Kardiologie  
Schlafmedizin Rehabilitation Allgemeinmedizin  
Chirurgie Pädiatrie Sonstige: \_\_\_\_\_

## 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 Privatmitgliedschaft beträgt 25 Euro pro Kalenderjahr und ist in voller Höhe unabhängig vom Eintrittsdatum zu entrichten. Die Zahlung des Mitgliedsbeitrages erfolgt ausschließlich per SEPA-Lastschriftverfahren. Bitte lassen Sie uns hierfür das Formular zur Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats zukommen.

### 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: Name, Vorname, Titel, Adresse, Telefon, Fax, E-Mailadresse.

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