



Aufnahmeantrag Sportärzteschaft Württemberg e.V.

Kontakt

Sportärzteschaft Württemberg e.V. • c/o SpOrt Medizin Stuttgart GmbH

Fritz-Walter-Weg 19 • 70372 Stuttgart

Tel: 07 11 / 79 48 57-0, Fax: 07 11 / 79 48 57-15

E-Mail: info@sportaerzteschaft.de

Web: <http://www.sportaerzteschaft.de>

Antrag auf Mitgliedschaft

Personenbezogene Daten		Möglichkeiten der Mitgliedschaft	
☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers Titel _____ Name _____ Vorname _____ Geb. _____		Ordentliches Mitglied der Sportärzteschaft Württemberg e.V. kann jeder approbierte Arzt werden. Studierende der Humanmedizin werden beitragsfrei aufgenommen. Voraussetzung ist die Vorlage der Immatrikulationsbescheinigung zu Beginn des Semesters)	
Privatanschrift		Dienstanschrift	
Straße _____ PLZ _____ Ort _____ Tel _____ Fax _____ E-Mail _____		Klinik/Praxis _____ Abt. _____ Straße _____ PLZ _____ Ort _____ Tel _____ Fax _____ E-Mail _____ Internet _____	
Beantragte Mitgliedschaft		Ärztliche Daten	
Beginn der Mitgliedschaft _____ Art der Mitgliedschaft ☐ Arzt/Ärztin ☐ Student*in ☐ Außerordentliches Mitglied als _____ ☐ Ich bin bereits in einem anderen DGSP- Landesverband Mitglied und möchte wechseln		Approbation seit _____ Facharzt/-ärztin für _____ Ich arbeite ☐ niedergelassen ☐ im klinischen Setting ☐ im präventiven/Reha-Setting ☐ universitär ☐ anderer Kontext Zusatzbezeichnungen ☐ Sportmedizin ☐ Weitere _____ _____ _____	
Meine personalisierte Mitgliedschaft			
Die Post soll an folgende Anschrift gesendet werden: ☐ Private Adresse ☐ Praxisadresse ☐ Klinikadresse		Ich bin damit einverstanden, dass mein Name unter „Neue Mitglieder“ auf der Website der SÄW veröffentlicht wird. ☐ Ja ☐ Nein	

Ich möchte die Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin erhalten: ☐ Ja, als Online-Ausgabe ☐ Ja, als Print-Version (zusätzliche Kosten 36EUR/Jahr) ☐ Nein	Ich bin jünger als 45 Jahre und möchte der YoungDGSP beitreten (kostenfrei): ☐ 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 die Sportärzteschaft Württemberg 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 die Sportärzteschaft Württemberg 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 als Print- oder Online-Version zugestimmt wurde, wird ebenfalls die Verarbeitung der postalischen Adresse, des Namens, Vornamens, des Titels und der E-Mail-Adresse durch das entsprechende vom Dachverband DGSP beauftragte Verlagshaus 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 Newslettersend 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 der Sportärzteschaft Württemberg 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 der Sportärzteschaft Württemberg 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, Sportärzteschaft Württemberg 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 die Sportärzteschaft Württemberg e.V. 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 Sportärzteschaft Württemberg 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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 4.5%; height: 30px;"></td><td style="width: 4.5%; height: 30px;"></td><td style="width: 4.5%; height: 30px;"></td><td style="width: 4.5%; height: 30px;"></td><td style="width: 4.5%; height: 30px;"></td><td style="width: 4.5%; height: 30px;"></td><td style="width: 4.5%; height: 30px;"></td><td style="width: 4.5%; height: 30px;"></td><td style="width: 4.5%; height: 30px;"></td><td style="width: 4.5%; height: 30px;"></td><td style="width: 4.5%; height: 30px;"></td><td style="width: 4.5%; height: 30px;"></td><td style="width: 4.5%; height: 30px;"></td><td style="width: 4.5%; height: 30px;"></td><td style="width: 4.5%; height: 30px;"></td><td style="width: 4.5%; height: 30px;"></td><td style="width: 4.5%; height: 30px;"></td><td style="width: 4.5%; height: 30px;"></td><td style="width: 4.5%; height: 30px;"></td><td style="width: 4.5%; height: 30px;"></td><td style="width: 4.5%; height: 30px;"></td><td style="width: 4.5%; height: 30px;"></td></tr></table>																							
BIC (8 oder 11 Stellen)																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 16.6%; height: 30px;"></td><td style="width: 16.6%; height: 30px;"></td><td style="width: 16.6%; height: 30px;"></td><td style="width: 16.6%; height: 30px;"></td><td style="width: 16.6%; height: 30px;"></td><td style="width: 16.6%; height: 30px;"></td><td style="width: 16.6%; height: 30px;"></td><td style="width: 16.6%; height: 30px;"></td><td style="width: 16.6%; height: 30px;"></td><td style="width: 16.6%; height: 30px;"></td></tr></table>																							
Ort	Datum																						
Unterschrift mit Vor- und Nachnamen																							

Fast geschafft...

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der Sportärzteschaft Württemberg e.V. als Landesverband der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. Ich verpflichte mich, die Satzungen und Ordnungen der Sportärzteschaft Württemberg e.V. zu beachten und über ausreichend Deckung für den jährlichen Einzug meines Mitgliedsbeitrages zu sorgen.

Die Satzung der Sportärzteschaft Württemberg e.V. kann ich jederzeit auf der Website des Vereins einsehen.

Ort	Datum	Unterschrift mit Vor- und Nachnamen
-----	-------	-------------------------------------

*Der vollständige Mitgliedsantrag umfasst 3 DIN A4-Seiten.
Er beginnt mit dem Titel „Antrag auf Mitgliedschaft“ und endet mit dieser Zeile.*