



# Aufnahmeantrag Sportärzteverband Hessen e.V.

## Kontakt

Sportärzteverband Hessen e.V.

Königswarterstraße 16 • 60316 Frankfurt am Main

Tel: 0 69 / 40 71 - 4 12, Fax: 0 69 / 40 71 - 670

E-Mail: [info@sportaerzteverband-hessen.de](mailto:info@sportaerzteverband-hessen.de)

Web: [www.sportaerzteverband-hessen.de](http://www.sportaerzteverband-hessen.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"/> 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

**Der Mitgliedsbeitrag im Sportärzteverband Hessen e.V. beträgt EUR 62,- pro Jahr. Die Zahlung per Lastschrift ist obligatorisch.**

## Datenschutzerklärung

Ich willige ein, dass der Sportärzteverband Hessen 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 Sportärzteverband Hessen 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 Sportärzteverbandes Hessen 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 Sportärzteverbandes Hessen 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, Sportärzteverband Hessen 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 Sportärzteverband Hessen 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 Sportärzteverband Hessen 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 Sportärzteverband Hessen e.V. als Landesverband der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. Ich verpflichte mich, die Satzungen und Ordnungen des Sportärzteverbandes Hessen e.V. zu beachten und über ausreichend Deckung für den jährlichen Einzug meines Mitgliedsbeitrages zu sorgen.

Die Satzung des Sportärzteverbandes Hessen e.V. kann ich jederzeit auf der Website des Vereins einsehen.

\_\_\_\_\_

Ort Datum Unterschrift mit Vor- und Nachnamen