|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Sportärzteverband Hessen e.V.** | | | | | | | | | | | |
| Landesverband der | | | | | | | | | | |
| DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR SPORTMEDIZIN UND PRÄVENTION | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | |  | |  |  | |  |
| **Antrag auf Mitgliedschaft** | | | | | | | | | | |
| *(Bitte digital ausfüllen)* | | | | | | | | | | |
| Titel | Vorname | | | | Name | | | Geburtsdatum | | |
| Post senden an: Privatanschrift  / Dienstl. Anschrift | | | | | | | | | | |
| ***Privatanschrift:*** | | | | | | | | | | |
| Straße: | | | | | | | | | | |
| PLZ: | | | | Ort: | | | | | | |
| Tel.: | | | | Fax: | | | | | | |
| Mobil: | | | | | | | | | | |
| E-Mail: | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| ***Praxisanschrift / Krankenhaus:*** | | | | | | | | | | |
| Straße: | | | | | | | | | | | |
| PLZ: | | | | Ort: | | | | | | |
| Tel.: | | | | Fax: | | | | | | |
| E-Mail: | | | | | | | | | | |
| Internet: | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Niedergelassen:   Beamter/in:  ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------  Angestellte/r:  Kassenzulassung:  ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------  Approbation seit:  ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------  Facharzt/Fachärztin:       seit:  ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------  Zusatzbezeichnung Sportmedizin? Ja  seit:  ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------  Weitere Zusatzbezeichnungen: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Wären Sie damit einverstanden, Praxis- bzw. Krankenhausadresse und/oder Telefonnummer weitergeben zu lassen? | | | | | | | | | | ja  nein | |
| Haben Sie Interesse als Referent bei Fort- und Weiterbildungen tätig zu werden? | | | | | | | | | | ja  nein | |
| Wären Sie bereit E-Mail-Anfragen (z.B. von Patienten, Studenten, Kollegen) zu beantworten? | | | | | | | | | | ja  nein | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Einverständniserklärung: | | | | | | | | | | | |
| Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an die DGSP (Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention) einverstanden, wenn ich nicht innerhalb von 4 Wochen einen schriftlichen Wiederspruch beim Sportärzteverband Hessen e.V. eingereicht habe. | | | | | | | | | | | |
| Ort | | | | , den | | | Unterschrift | | | | |

**Sportärzteverband Hessen e.V.**

Landesverband der

DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR SPORTMEDIZIN UND PRÄVENTION

Sportärzteverband Hessen e.V.

Klinik Rotes Kreuz – Königswarterstraße 16 – 60316 Frankfurt am Main

Tel. 069 / 4071 414 - Fax 069 / 4071 670

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

Website: [www.sportaerzteverband-hessen.de](http://www.sportaerzteverband-hessen.de)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE49SVH00000093856

Mandatsreferenz / Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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.

Name:

Titel:

Vorname:

(Kontoinhaber)

Straße u. Hausnummer:

Postleitzahl u. Ort:

Tel

Fax:

E-Mail:

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.

Kreditinstitut:

BIC:

IBAN:    /      /      /      /      /

Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Jahr € 62,00

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort |  | , den | Unterschrift |

Bitte beachten Sie, dass der Jahresbeitrag immer Mitte des 1. Quartals von Ihrem Konto abgebucht wird.