



## Aufnahmeantrag

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular an:

DGH – Mitgliederverwaltung | c/o Intercongress GmbH | Ingeborg-Krummer-Schroth-Str. 30 | 79106 Freiburg

dgh-mitglieder@intercongress.de | Tel. 0761 69699-286

Wir freuen uns über Ihr Interesse an der Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie. Die Aufnahmebedingungen finden Sie in der Satzung, Artikel 2.

### Ich beantrage die Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie.

Meinen **Lebenslauf**, unter besonderer Berücksichtigung des beruflichen Werdeganges und der handchirurgischen Tätigkeit, sowie eine Kopie meiner **Urkunde über die Zusatzbezeichnung Handchirurgie** (soweit erworben) füge ich bei.

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Titel

### Bitte **Privatanschrift** angeben:

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnr.

\_\_\_\_\_  
E-Mailadresse (für Korrespondenz zwingend anzugeben)

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Land

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Facharzt/-ärztin

\_\_\_\_\_  
Dienststellung

### Funktion:

Student/-in

Arzt/Ärztin **ohne** ZB Handchirurgie

Assistenzarzt/-ärztin in Weiterbildung

Arzt/Ärztin **mit** ZB Handchirurgie

Mitgliedschaft im *Jungen Forum* gewünscht

Weiterbildungsbefugnis vorhanden

### Einwilligung in die Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten:

Gemäß Datenschutzgrundverordnung wird darauf hingewiesen, dass für Zwecke der Mitgliederverwaltung und Mitgliederinformation die abgefragten Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Sie können eine erteilte Einwilligung insgesamt oder hinsichtlich einzelner Maßnahmen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten durch den Verein zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und Mitgliederinformation im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Eine Weitergabe meiner persönlichen Daten an andere Stellen erfolgt nicht.

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

✗

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin



## Aufnahmeantrag – Seite 2

### Bitte ankreuzen:

Ich bin einverstanden, dass unten genannte Daten auf [DGH-Websites](#) veröffentlicht werden.  Ja  Nein

### Bitte geben Sie für die Veröffentlichung auf den DGH-Websites Ihre Dienstanschrift an:

\_\_\_\_\_  
Praxisname / Klinikbezeichnung inkl. Abteilung

\_\_\_\_\_  
E-Mailadresse (geschäftlich)

\_\_\_\_\_  
Abteilung

\_\_\_\_\_  
Website

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnr.

\_\_\_\_\_  
Telefon (geschäftlich)

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Land

**Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie e.V. und bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.**

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

x

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin**

### Mitgliedsbeitrag:

Die Entrichtung des Mitgliedsbeitrages erfolgt per Bankeinzug.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt **180 € Jahresgebühr** für Ärzte und Ärztinnen **mit** ZB Handchirurgie.

Einen **ermäßigten Beitrag** beantragen können:

- Ärzte und Ärztinnen **ohne** ZB Handchirurgie (100€)
- **Assistenzärzte und -ärztinnen** in Weiterbildung (100€)
- **Studierende** (kostenlos).

Die entsprechende Bescheinigung (z.B. [Ermäßigungsbescheinigung](#) oder [Arbeitgeberbescheinigung](#)) ist jedes Jahr unaufgefordert bis spätestens 31. Januar einzureichen. Andernfalls wird der reguläre Beitrag in Höhe von 180,00€ erhoben und nicht zurückerstattet.



### Aufnahmeantrag – Seite 3

#### Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen

Die Intercongress GmbH-Gläubiger-ID lautet DE15ZZZ 000 004 457 05.

Ihre Mandatsreferenz erhalten Sie mit Ihrer Rechnung/ Buchungsbestätigung.

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie e.V. (DGH), die wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGH 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.

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname des Kontoinhabers/ der Kontoinhaberin

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
✘  
Unterschrift