

Antragsformular zur Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Atmungstherapie (DGA) e.V.



Rücksendung erbeten an:

Deutsche Gesellschaft für Atmungstherapie (DGA) e.V.
Postfach 5427
26044 Oldenburg

oder per E-Mail an: antrag@atmungstherapeuten-dga.de

Ich möchte ein aktives Mitglied in der DGA werden. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 30€ jährlich. Die aktive Mitgliedschaft ist ausschließlich Atmungstherapeuten mit abgeschlossener Weiterbildung vorbehalten.

Ich möchte ein Fördermitglied in der DGA werden. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 30€ jährlich. Die Fördermitgliedschaft ist für alle natürliche Personen ab 18 Jahren und Institutionen möglich.

Frau Herr Divers

Titel:		Vorname:		Nachname:	
Straße:				Hausnummer:	
Postleitzahl:		Stadt:			
Geburtsdatum:		Telefon*:		Private E-Mail:	
AT-Weiterbildung abgeschlossen am:			Bildungsträger der AT-Weiterbildung*:		
Klinik / Einrichtung*:					

*: freiwillige Angaben

Mitgliedsbeitrag

Die Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Atmungstherapie (DGA) e.V. erfolgt durch den Vorstand. Sie kann durch die Mitgliederversammlung widerrufen werden. Der Mitgliedsbeitrag für die aktive Mitgliedschaft beträgt mindestens 30 Euro pro Kalenderjahr und ist in voller Höhe unabhängig vom Eintrittsdatum zu entrichten.

Gewünschter Mitgliedsbeitrag: 30 Euro

Ich möchte gerne _____ Euro zahlen

Ich wünsche eine Bezahlung der Mitgliedsbeiträge per Rechnung.

Jährliche Beitragszahlungen sollen im Lastschriftverfahren von meinem Konto abgebucht werden.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Atmungstherapie (DGA) e.V. und bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Einwilligung in die Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten

Gemäß dem Bundesdatenschutzgesetz sowie Datenschutzgrundverordnung weisen wir darauf hin, dass für Zwecke der Mitgliederverwaltung und Mitgliederinformationen (u.a. Infos zu aktuellen Themen und verschiedener Projekte der DGA e.V.) folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Titel, Vorname, Nachname, Adresse, Geburtsdatum, Telefon, E-Mailadresse, Abschlussdatum der AT-Weiterbildung, Bildungsträger der AT-Weiterbildung, Arbeitgeber (Klinik / Einrichtung).

Sie können eine erteilte Einwilligung insgesamt oder hinsichtlich einzelner Angaben jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der vorbenannten, personenbezogenen Daten durch den Verein zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und Mitgliederinformationen im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden.

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

Ort, Datum:

Unterschrift:



SEPA-Lastschrift-Mandat

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger- Identifikationsnummer: DE86ZZZ00002694342.

Ihre Mandatsreferenz erhalten Sie mit Ihrer Rechnung / Buchungsbestätigung.

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

Vorname und Nachname des Kontoinhabers:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:

Stadt:

Bank:

IBAN:

BIC:

Ort, Datum:

Unterschrift: