

# Antrag auf Mitgliedschaft



**DGS** Deutsche Gesellschaft für  
Schmerzmedizin e.V.  
German Pain Association · Société Allemande de la Douleur

Anrede: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

## Privatanschrift

Straße: \_\_\_\_\_ Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Dienstanschrift

Name Dienstsitz: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ KV-Bereich: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Schriftwechsel senden an:  Privatanschrift  Dienstanschrift  (Zutreffendes bitte ankreuzen)

### Mitgliedsbeitrag beträgt pro Kalenderjahr: (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- |   |         |
|---|---------|
| Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Naturwissenschaftler, Apotheker  | € 100,- |
| Assistenzärzte (Sonderermäßigung gilt für 2 Jahre)  | 50 %    |
| Angehörige medizinischer Assistenz- und Pflegeberufe  | 25 %    |
| Studenten / Arzt im Praktikum und praktisches Jahr (bitte entsprechende Nachweise vorlegen)   | frei    |
| Angehörige medizinischer Assistenz u. Pflegeberufe in DGS-Mitgliederpraxen<br>(bitte <b>Mitgliedsnummer oder Mitgliedsarzt</b> angeben _____) | frei    |
| Mitglied im Ruhestand (bitte entsprechenden Nachweis vorlegen)  | frei    |

Gemäß §28 des Bundesdatenschutzgesetzes informieren wir Sie, dass Ihre personenbezogenen Daten in unserer EDV ausschließlich nur für den Vereinszweck gespeichert und verarbeitet werden, soweit dies geschäftsnotwendig und im Rahmen des DGS e. V. zulässig ist.

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

### Ermächtigung zum Einzug der Mitgliedsbeiträge mittels SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE31ZZZ00000746893; Mandatsreferenz (wird Ihnen vor dem ersten Einzug schriftlich mitgeteilt)

#### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die **Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e. V.**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der **Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin 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. Ich kann dieses Lastschriftmandat jederzeit widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

DE \_\_\_\_\_

IBAN

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

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