



# Deutsche Gesellschaft für Lymphologie e. V.

Ansprechpartner bei medizinischen und berufspolitischen Fragen auf dem Gebiet der Lymphologie

## ANTRAG

### auf Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie e. V.

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie e. V. ab:

01. Januar des Jahres .....

Der gegenwärtige Jahresbeitrag einschließlich Bezugsgeld für die Zeitschrift „Lymphologie in Forschung und Praxis“ (2 Hefte pro Jahr) beträgt: Bitte ankreuzen!

**Gruppe 1:** € 85,00 - für Ärzte (alle Bundesländer und Ausland)

**Gruppe 2:** € 75,00 - für Mitglieder (die keine Ärzte sind) aus den alten Bundesländern und aus dem Ausland,

**Gruppe 3:** € 60,00 - für Mitglieder (die keine Ärzte sind) aus den neuen Bundesländern,

**Gruppe 4:** € 45,00 - für Rentner, Arbeitslose und Studenten, (bitte Nachweise zusenden)

**Gruppe 5:** € 35,00 - für Doppelmitgliedschaft (GDL)

#### Anschrift

(Titel) Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Beruf (Ärzte bitte Fachrichtung angeben): \_\_\_\_\_

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

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

Geprüfter Lymphdrainagetherapeut : ja/nein

An Weiterbildungsveranstaltungen für Ärzte zum Thema „Lymphologie“ teilgenommen: ja/nein

#### Angaben für die Therapeuten-, bzw. Ärzteliste

(Titel) Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Name der Praxis oder Klinik: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

Spezialisierung/Fachrichtung (für Ärzte): \_\_\_\_\_

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

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

Internet-Adresse (Verlinkung): \_\_\_\_\_

Mit der Veröffentlichung meiner Angaben in der lymphologischen Ärzteliste, bzw. in der Therapeutenliste der DGL im Internet bin ich einverstanden!

Ort, Datum

Unterschrift



# Deutsche Gesellschaft für Lymphologie e. V.

Ansprechpartner bei medizinischen und berufspolitischen Fragen auf dem Gebiet der Lymphologie

## SEPA-Lastschrift

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE65ZZZ00000163893

SEPA-Lastschriftmandat (wird von der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie vergeben)

Mandatsreferenz:

hiermit ermächtige ich die DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR LYMPHOLOGIE e. V. den jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie e. V. auf mein Konto gezogene Lastschrift 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 (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Name und Ort der Bank

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort, Datum

Unterschrift

Der Beitrag wird an folgenden Terminen abgebucht (SEPA-Lastschrift):

- 15. Januar
- Dritter Montag im Juli - wenn der Einzug des Beitrages im Januar nicht möglich war
- Zweiter Montag im Dezember (für alle restlichen Beiträge)



**Der Antrag kann nur mit unterschriebener Datenschutzerklärung bearbeitet werden!**

**Datenschutzerklärung**

die von Ihnen erhobenen Daten dienen der Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie e. V. sowie der Veröffentlichung Ihrer Daten in den Kontaktlisten auf unserer Website: [www.dglymp.de](http://www.dglymp.de). Folgende Daten werden veröffentlicht: Vorname, Name, Titel, Adresse Arbeitsstelle, Telefon, E-Mail, Linkadresse. Zum Postversand werden Ihre Adressen an Dritte weitergegeben. Auch Ihre Angaben zum Einzug des Mitgliedsbeitrages werden weitergegeben (Bank). Eine weitere Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte findet nicht statt. Mit dem Ende Ihrer Mitgliedschaft werden die Daten gelöscht. Sie können Auskunft über Ihre Daten und ggf. eine Berichtigung verlangen. Sie haben ein Recht auf Löschung sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung.

**Einwilligungserklärung**

Ich bin darüber informiert worden (siehe Absatz oben) zu welchem Zwecke meine personenbezogenen Daten verarbeitet werden. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

---

Titel, Name, Vorname

---

Adresse

---

Ort, Datum, Unterschrift