

Der Antrag kann nur mit unterschriebener Datenschutzerklärung (siehe, Seite 3) bearbeitet werden!



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:** € 75,00 f für Ärzte/ab 01.01.20
- Gruppe 2:** € 65,00 für Mitglieder aus den alten Bundesländern und aus dem Ausland
- Gruppe 3:** € 50,00 für Mitglieder aus den neuen Bundesländern
- Gruppe 4:** € 35,00 für Rentner
- Gruppe 5:** € 35,00 für Arbeitslose und Studenten (bitte Arbeitslosenbescheinigung, bzw. Studentenausweis zusenden)
- Gruppe 6:** € 20,00 für Doppelmitgliedschaft (GDL)

Die Mitgliedschaft beginnt immer zum 01. Januar eines Jahres. Der Eintritt ist jederzeit möglich. Es wird aber immer der Jahresbeitrag fällig

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
zumThema „Lymphologie“ teilgenommen: ja/nein

Ort, Datum

Deutsche Gesellschaft für Lymphologie
Lindenstraße 10, 79877 Friedenweiler
Telefon: 07651/971611, Fax.: 07651/971612
(Antrag Website)

Angaben für die Therapeuten-, bzw. Ärzteliste

(Titel) Name, Vorname: _____

Name der Praxis oder Klinik: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Land: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Internet-Adresse (Verlinkung): _____

Unterschrift

Konto:
IBAN: DE60680522300000034421
BIC: SOLADES1STB

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):

- Erster Montag im März
- Dritter Montag im Juli - bei Eintritt zum 01.07 oder wenn der Einzug des Beitrages im März nicht möglich war
- Zweiter Montag im Dezember (für alle restlichen Beiträge)

Deutsche Gesellschaft für Lymphologie e. V.



Lindenstraße 10

D-79877 Friedenweiler

Telefon: +49 (0) 7651/97 16 11, **Fax:** +49 (0) 7651/97 16 12

E-Mail: post@dglyph.de, **Internet:** www.dglyph.de

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.dglyph.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