

Formular zur Datenaktualisierung für Mitglieder der DGSM

Bitte das Formular elektronisch ausfüllen und ausdrucken
bzw. ausgedruckt mit Druckschrift ausfüllen und anschließend unterzeichnet
per Post oder E-Mail an die Geschäftsstelle senden.

Kontakt:
DGSM - Geschäftsstelle
c/o Conventus Congressmanagement
und Marketing GmbH
Carl-Pulfrich-Straße 1
07745 Jena
Telefon: +49 (0)3641 31 16 388
Telefax: +49 (0)3641 31 16 240
E-Mail: geschaeftsstelle@dgsmd.de
Internet: www.dgsmd.de



Die Angabe einer gültigen E-Mail-Adresse ist für die Bearbeitung des Antrags erforderlich!

Persönliche Angaben

Anrede (Frau/Herr)

Akademischer Grad

Geburtsdatum

Vorname

Nachname

Medizinisch / wissenschaftliche Fachrichtung

- Humanmedizin technisches Personal Zahnmedizin Psychologie
 Naturwissenschaften:

Fachrichtung in der Humanmedizin (Mehrfachnennung möglich)

- Allgemein Medizin Innere Medizin Pneumologie Kardiologie
 HNO-Heilkunde Psychiatrie Neurologie MKG Chirurgie
 Pädiatrie sonstige Fachrichtung: _____

Funktion / Tätigkeit (Mehrfachnennung möglich)

- Leitung stellvertretende Leitung ärztliches Fachpersonal wissenschaftliches Personal
 Gesundheits- und Krankenpfleger/in medizinisch-technische/r Assistent/in Medizinische/r Fachangestellte/r
 Student Ruhestand sonstiges: _____

Dienstliche Daten: Anschrift / Kommunikation

Einrichtung/Universität/Klinik

Abteilung

Straße/ Nr.

PLZ

Ort

E-Mail

Telefon

Telefax

Private Daten: Anschrift / Kommunikation

Straße/ Nr.

PLZ

Ort

E-Mail

Telefon

Telefax

Kommunikationswunsch

bevorzugte Kontaktaufnahme dienstlich privat

Versandadresse für die Zeitschrift Somnologie

gewünschte Versandadresse dienstlich privat

Persönliche Angaben (Wdhl. für Zuordnung)

Vorname _____ Nachname _____ Geburtsdatum _____

Schlafmedizinische Qualifikationen (Mehrfachnennung möglich)

- QN Somnologie für Ärzte QN Somnologie für Psychologen und Naturwissenschaftler QN Somnologie TA
 KV-Zulassung / Ermächtigung zur Polygraphie KV-Zulassung / Ermächtigung zur Polysomnographie Zusatzbezeichnung Schlafmedizin
 Somnologe AASM Somnologe SGSSC Somnologe ESRS sonstiges _____

Arbeitsgruppen (Mehrfachnennung möglich)

In den folgenden Arbeitsgruppen (1) möchte ich gerne mitwirken (2) wirke ich mit (3) Kündige ich meine Mitarbeit
Bitte tragen Sie die zutreffende Nummer bei der jeweiligen Arbeitsgruppe ein.

Alertnes & Vigilanz	Hypersomnie	Pathophysiologie / Schlaf / Atmung
Apnoe	Insomnie	Entwicklung von Standards und Methoden in der Schlafmedizin
Chirurgische Therapieverfahren	Klinisch Wissenschaftl. Nachwuchs	Telemedizin und Telemonitoring
Chronobiologie	Kreislauf und Schlaf	Traum
Diagnostik	Motorik	Technisches Personal
Geriatric	Pädiatrie	

Datenschutzerklärung

Die DGSM und alle vertraglich bestehenden Auftragnehmer und Dienstleister sind verpflichtet, nur die jeweils notwendigen persönlichen Daten zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der nachfolgend genannten Leistungen zu verwenden. Eine darüber hinaus gehende Nutzung und Weitergabe an Dritte (z.B. für Werbezwecke) findet nicht statt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass nach meiner Aufnahme in die DGSM, die von mir im Antrag angegebenen Daten in folgender Weise genutzt werden:
- Erhebung, Verarbeitung und Nutzung zur Erfüllung der Vereinsziele (Beitragserhebung, Zugang Mitgliederbereich, Versand von Informationsmaterial der DGSM, ggf. auch unter Einsatz von Dienstleistern)
- elektronische Kommunikation zwischen der DGSM und den Mitgliedern
- Weitergabe an Kooperationspartner zur Organisation von Mitgliederdienstleistungen (Versand von Fachzeitschriften durch den Springer Verlag, Organisation von DGSM-Veranstaltungen durch die Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner obigen Angaben.

Ort/Datum der Antragstellung _____

Unterschrift des Antragstellers _____

DGSM - Geschäftsstelle
c/o Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
Carl-Pulfrich-Straße 1
07745 Jena
