

ANTRAG auf Mitgliedschaft

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)

* Titel: Name: Vorname:
Geb.-Datum:

Ausgeübter Beruf: Arzt Psychologe Naturwissenschaftler Firma Student
Gesundheits- und Krankenpfleger(in) / Krankenschwester MTA MFA / Arzthelfer Sonstig:

Fachrichtung:

Arbeitsstelle: Schlaflabor Funktion: Leiter Stellv. Leiter
Mitarbeiter
Student

Klinik * KV-Zulassung
Praxis * Somnologe DGSM
Firma * WBO Schlafmedizin
Sonstig: * Weiterbildungsberechtigung
Schlafmedizin

Adresse: Privat

Adresse: dienstlich

Straße:
PLZ, Stadt:
* Tel.:
* Fax:
* Email:

Einrichtung:
Abteilung:
Straße:
PLZ Ort:
Tel.:
* Fax:
Email:

Der Satzung gemäß wird Ihr Name im nächsten Rundbrief der DGSM bzw. in den Gesellschaftsseiten der SOMNOLOGIE bekannt gegeben.

Entrichtung des Mitgliedsbeitrages (200 Euro, Studenten 100 Euro, nichtakademische Mitglieder 100 Euro)

Einzug von meinem Konto:

IBAN					
------	--	--	--	--	--

Kreditinstitut	BIC (Angabe kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt)
----------------	---

Überweisung an Gesellschaft (**nur für Mitglieder aus Nicht-EU-Staaten möglich!**):

VR Bank Schwalmstadt,
BIC: GENODE51ALS, **IBAN:** DE69 5309 3200 0002 1230 96

An welche Adresse soll der Rundbrief der DGSM gesandt werden?

Dienst Privat

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

DGSM-Geschäftsstelle, Hephata-Klinik
Schimmelpfengstraße, 34613 Schwalmstadt-Treysa
Tel. 06691/2733 Email: DGSM-Geschaeftsstelle@t-online.de

Ort: Datum: Unterschrift:

Sämtliche Angaben sind nur für den internen Gebrauch der Gesellschaft bestimmt.

Hinweis: Die mit "*" gekennzeichneten Angaben sind freiwillig und dienen der besseren Kommunikation mit ihnen.

Antrag kann nur mit unterschriebener Datenschutzerklärung und ausgefülltem und unterzeichneten SEPA-Lastschriftmandat (s. Anhang) bearbeitet werden

Erklärung zum Datenschutz

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass nach meiner Aufnahme in die DGSM meine gewünschten Daten:

- für administrative Zwecke in elektronischer Form gespeichert werden,
- für die künftige Zugangseinrichtung der DGSM verwendet werden, insbesondere die aktuelle E-Mail-Adresse,
- für den Erhalt von Mitgliederinformationen verwendet werden, diese können auch abbestellt werden. Die Empfänger-E-Mail-Adresse kann jederzeit über die Geschäftsstelle (DGSM-Geschaeftsstelle@t-online.de) geändert werden.
- Ich verpflichte mich, die mir zur Verfügung gestellten persönlichen Zugangsdaten zum internen Bereich der DGSM-Internetseite www.dgsm.de ausschließlich für persönliche Zwecke zu verwenden und nicht an Dritte weiterzugeben.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e.V.
DGSM-Geschäftsstelle,
c/O Hephata-Klinik
Schimmelpfengstraße
34613 Schwalmstadt-Treysa

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]
DE53ZZZ00000455012

[Mandatsreferenz]

DGSM-Mitgliedsnummer:
*Wird von der Geschäftsstelle nach Antragsbearbeitung eingetragen
und per Post mit Ihrer Ausfertigung des Lastschriftmandats an Sie
versandt)*

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e.V

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e.V

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

[PLZ, Ort]

[Kreditinstitut]

BIC¹

[IBAN]

¹ Hinweis: Die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

[Ort, Datum]

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e.V.
DGSM-Geschäftsstelle,
c/O Hephata-Klinik
Schimmelpfengstraße
34613 Schwalmstadt-Treysa

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]
DE53ZZZ00000455012

[Mandatsreferenz]
DGSM-Mitgliedsnummer:
*Wird von der Geschäftsstelle nach Antragsbearbeitung eingetragen
und per Post mit Ihrer Ausfertigung des Lastschriftmandats an Sie
versandt)*

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e.V

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e.V

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort]

Kreditinstitut]

BIC¹

[IBAN]

¹ Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

[Ort, Datum]

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen