



**Aufnahmeantrag
Sportärzteebund Westfalen e.V.**

Kontakt

Sportärzteebund Westfalen

Paulmannshöher Straße 17 • 58515 Lüdenscheid

Tel: 0 23 51 / 94 52 215, Fax: 0 23 51 / 94 52 213

E-Mail: Sportaerztebund-Westfalen@hellersen.de

Web: <https://sportaerztebund-westfalen.de>

Antrag auf Mitgliedschaft

Personenbezogene Daten		Möglichkeiten der Mitgliedschaft	
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers Titel _____ Name _____ Vorname _____ Geb. _____		Ordentliches Mitglied des Sportärztebundes Westfalen e.V. kann jeder approbierte Arzt werden. Außerordentliches Mitglied des Sportärztebundes Westfalen e.V. kann jeder an der Sportmedizin interessierte (Sportlehrer, Physiotherapeuten, Trainer etc.) werden. Studierende werden beitragsfrei aufgenommen.	
Privatanschrift		Dienstanschrift	
Straße _____ PLZ _____ Ort _____ Tel _____ Fax _____ E-Mail _____		Klinik/Praxis _____ Abt. _____ Straße _____ PLZ _____ Ort _____ Tel _____ Fax _____ E-Mail _____ Internet _____	
Beantragte Mitgliedschaft		Ärztliche Daten	
Beginn der Mitgliedschaft _____ Art der Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> Student*in <input type="checkbox"/> Außerordentliches Mitglied als _____ <input type="checkbox"/> Ich bin bereits in einem anderen DGSP-Landesverband Mitglied und möchte wechseln		Approbation seit _____ Facharzt/-ärztin für _____ Ich arbeite <input type="checkbox"/> niedergelassen <input type="checkbox"/> im klinischen Setting <input type="checkbox"/> im präventiven/Reha-Setting <input type="checkbox"/> universitär <input type="checkbox"/> anderer Kontext Zusatzbezeichnungen <input type="checkbox"/> Sportmedizin <input type="checkbox"/> Weitere _____ _____ _____	

Meine personalisierte Mitgliedschaft

Die Post soll an folgende Anschrift gesendet werden: <input type="checkbox"/> Private Adresse <input type="checkbox"/> Praxisadresse <input type="checkbox"/> Klinikadresse	Die Beitragsrechnung soll an folgende Anschrift gesendet werden: <input type="checkbox"/> Private Adresse <input type="checkbox"/> Praxisadresse <input type="checkbox"/> Klinikadresse
Ich möchte die Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin erhalten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ich möchte den Sportmedizin-Newsletter der DGSP erhalten (jederzeit abbestellbar): <input type="checkbox"/> Ja, private E-Mail-Adresse <input type="checkbox"/> Ja, geschäftliche E-Mail-Adresse <input type="checkbox"/> Nein	

Weitere ergänzende Angaben

Sportmedizinische Tätigkeiten			Betreute Rehasportgruppen		
	<i>wird durchgeführt</i>	<i>habe Interesse</i>		<i>wird durchgeführt</i>	<i>habe Interesse</i>
Prävention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adipositas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tauglichkeitsuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrosesport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trainingsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthmasport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiroergometrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetessport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laktatwertbestimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endoprothesensport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungssport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaderbetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gefäßsport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterssport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzsport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauensport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebssport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendsport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungensport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flugmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosesport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tauchmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumasport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaf und Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dozententätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologischer Rehasport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Psychische Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere			Andere		

Vor mir betreute Sportarten/Vereinsbetreuung

Von mir ausgeübte Sportarten

Datenschutzerklärung

Ich willige ein, dass der Sportärztebund Westfalen e.V. als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten, wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Mitgliederinformationen durch den Sportärztebund Westfalen e.V. sowie durch den Dachverband Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) e.V. verarbeitet und speichert. Insofern mit dem Mitgliedsantrag einer Übersendung der Deutschen Zeitschrift für Sportmedizin zugestimmt wurde, wird ebenfalls die Verarbeitung der postalischen Adresse durch das entsprechende vom Dachverband DGSP beauftragte Verlagshaus im Rahmen des Postverbands der Publikation autorisiert. Insofern mit dem Mitgliedsantrag einer Übersendung des Sportmedizin-Newsletters zugestimmt wurde, wird die Verarbeitung des Namens, Vornamens, des Titels und der E-Mail-Adresse durch das entsprechende vom Dachverband DGSP beauftragte Unternehmen für den Newsletterversand autorisiert. Nähere Informationen erhalten Sie hierzu über die Datenschutzerklärung auf der Website des Dachverbandes DGSP unter URL <https://www.dgsp.de/datenschutz/>.

Eine Übermittlung von Daten an den Dachverband DGSP findet nur im Rahmen der in den Satzungen des Sportärztebund Westfalen e.V. bzw. des Dachverbandes DGSP festgelegten Zwecke statt. Diese Datenübermittlungen sind notwendig zum Zweck der Mitgliederverwaltung, zum Zwecke der Verbandsorganisation und zum Zwecke der Einwerbung von öffentlichen Fördermitteln. Eine Datenübermittlung an Dritte, außerhalb des Sportärztebundes Westfalen e.V bzw. der DGSP e.V., findet nicht statt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet ebenfalls nicht statt.

Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der steuerrechtlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen.

Neben dem Recht auf Auskunft bezüglich der zu seiner Person bei dem Verantwortlichen Sportärztebund Westfalen e.V. gespeicherten Daten hat jedes Mitglied, im Rahmen der Vorgaben der DSGVO, das Recht, der Speicherung der Daten, die nicht im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben für bestimmte Zeiträume vorgehalten werden müssen, für die Zukunft zu widersprechen. Ferner hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.

Ort

Datum

Unterschrift mit Vor- und Nachnamen

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Sportärztebund Westfalen e.V. die von mir zu entrichtenden Zahlungen bzgl. des jährlichen Mitgliedsbeitrags bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sportärztebund Westfalen 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung („SEPA Recurrent Payment“).

Vorname und Nachname des Kontoinhabers																								
Straße und Hausnummer																								
Postleitzahl und Ort																								
IBAN (22 Stellen)																								
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																								
BIC (8 oder 11 Stellen)																								
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																								
_____	_____	_____																						
Ort	Datum	Unterschrift mit Vor- und Nachnamen																						

Fast geschafft...

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Sportärztebund Westfalen e.V. als Landesverband der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. Ich verpflichte mich, die Satzungen und Ordnungen des Sportärztebund Westfalen e.V. zu beachten und über ausreichend Deckung für den jährlichen Einzug meines Mitgliedsbeitrages zu sorgen.

Die Satzung des Sportärztebund Westfalen e.V. kann ich jederzeit auf der Website des Vereins einsehen.

Ort Datum Unterschrift mit Vor- und Nachnamen