

Aufnahmeantrag für die DGPI-Mitgliedschaft

* markierte Felder sind Pflichtfelder

Ja, ich möchte Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e.V. (DGPI) werden.

MITGLIEDSANTRAG

| | |
|---|-----------|
| ANREDE <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> PD Dr. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. <input type="checkbox"/> Dipl.-Med. <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr | |
| VORNAME* | NACHNAME* |
| FUNKTION | |
| E-MAIL-ADRESSE (WIRD IN DEN E-MAIL-VERTEILER DER DGPI AUFGENOMMEN)* | |
| BEVORZUGTE KONTAKTADRESSE (FÜR POSTALISCHE SENDUNGEN)* <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich | |

ANSCHRIFT, DIENSTLICH

| | |
|----------------------------------|---|
| EINRICHTUNG* | |
| ANSCHRIFT (DIENSTLICH), ZEILE 1* | |
| ANSCHRIFT (DIENSTLICH), ZEILE 2 | |
| POSTLEITZAHL* | ORT* |
| STAAT / PROVINZ | LAND* <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> ggfls. anderes Land: |
| TELEFON (DIENSTLICH) | |

ANSCHRIFT, PRIVAT

| | |
|----------------------|---|
| STRASSE, HAUSNUMMER* | |
| POSTLEITZAHL* | ORT* |
| STAAT / PROVINZ | LAND* <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> ggfls. anderes Land: |
| TELEFON (PRIVAT) | |

→ das Formular geht auf [Seite 2](#) weiter

| | | | |
|---|----------------|--|--|
| INTERNE VERMERKE (Nur von der DGPI-Geschäftsstelle auszufüllen) | | | |
| MANDATSREFERENZ | | MITGLIEDSCHAFTSSTATUS <input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> ehemals aktiv <input type="checkbox"/> kein Mitglied <input type="checkbox"/> läuft ab <input type="checkbox"/> unbekannt | |
| EINTRITTSDATUM | AUSTRITTSDATUM | MITGLIEDERBEITRÄGE <input type="checkbox"/> Lastschrift <input type="checkbox"/> Rechnung <input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/> beitragsfrei | |
| SONDERSTATUS <input type="checkbox"/> Vorstand <input type="checkbox"/> kooptiertes Vorstandsmitglied <input type="checkbox"/> DGPI Beauftragte <input type="checkbox"/> Ehrenmitglied <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Mitarbeiter <input type="checkbox"/> im Ruhestand | | | |
| NOTIZEN | | | |

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT FÜR WIEDERKEHRENDE LASTSCHRIFT

| | |
|---|---|
| GLÄUBIGER-ID | DE12ZZZ00000929692 |
| SEPA-MANDAT | Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) e.V., Zahlungen des jährlichen Mitgliedsbeitrages von derzeit 30,00 € von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGPI auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. <u>Hinweis:</u> Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. |
| KONTOINHABER/IN* (VORNAME, NACHNAME) | |
| ANSCHRIFT, KONTOINHABER/IN* | <input type="checkbox"/> gleich wie Privatadresse <input type="checkbox"/> gleich wie Dienstadresse <input type="checkbox"/> abweichend (unten eingeben) |
| BANKVERBINDUNG – IBAN* | |
| BANKVERBINDUNG – BIC* | |
| BANK (MIT ORTSANGABE)* | |
| ORT / DATUM* | UNTERSCHRIFT KONTOINHABER/IN* |

KONTAKTEINSTELLUNGEN, NEWSLETTER & DATENSCHUTZ

| |
|---|
| <p>Erlaubnis zur Kontaktaufnahme *</p> <p>Die DGPI wird die Informationen, die Sie in diesem Formular angeben, dazu verwenden, mit Ihnen in Kontakt zu bleiben und Ihnen Informationen zu übermitteln. Bitte lassen Sie uns wissen, auf welche Art und Weise wir Sie kontaktieren dürfen:</p> <p><input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Postwurfsendung → * mindestens eine Option auszuwählen = Pflicht, am liebsten E-Mail</p> <p>Sie können Ihre Meinung jederzeit ändern, indem Sie auf den Abbestellungs-Link klicken, den Sie in der Fußzeile jedes E-Mail-Newsletters, den Sie von uns erhalten, finden können, oder indem Sie uns unter info@dgpi.de kontaktieren. Wir werden Ihre Informationen mit Sorgfalt und Respekt behandeln.</p> |
| <p>Versendung von E-Mail-Updates und Newsletter *</p> <p>Wir verwenden Mailchimp als unsere E-Mail-Newsletter-Plattform. Bitte wählen Sie Ihre Newsletter zur Anmeldung aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wichtige Mitteilungen für DGPI-Mitglieder <input type="checkbox"/> DGPI-Newsletter: Updates von der Gesellschaft <input type="checkbox"/> Antibiotic Stewardship Newsletter: Updates zu ABS in der Pädiatrie <input type="checkbox"/> Young-DGPI Newsletter: Vernetzung und Interessenvertretung jüngerer DGPI-Mitglieder <input type="checkbox"/> COVID-19 Updates: Aktuelle Informationen und Eilmeldungen von der DGPI zu COVID-19 <input type="checkbox"/> Ich möchte keine Newsletter oder andere DGPI-Informationen per E-Mail erhalten <p>Indem Sie einen (oder mehrere) der obigen Newsletter ankreuzen, um diese zu abonnieren, akzeptieren Sie, dass Ihre Daten zur Bearbeitung an Mailchimp übertragen werden. Erfahren Sie hier mehr über die Datenschutzpraktiken von Mailchimp: mailchimp.com/legal</p> |
| <p>Datenschutzerklärung der DGPI *</p> <p>Weitere Informationen zu unseren Datenschutzpraktiken finden Sie auf unserer Website: dgpi.de/kontakt/datenschutzerklaerung. Indem Sie unten ankreuzen, erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir Ihre Informationen in Übereinstimmung mit diesen Bedingungen verarbeiten dürfen.</p> <p><input type="checkbox"/> Mit der Zusendung erklären Sie sich mit der Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten einverstanden.</p> |

| | |
|---|---------------|
| Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft in der DGPI e.V. * | |
| <input type="checkbox"/> Als Mitgliedsbeitrag erteile ich ein SEPA-Mandat (Lastschrifteinzug) über € 30,- im Jahr. | |
| <input type="checkbox"/> Als Medizinstudent/in werde ich <u>beitragsfreies</u> DGPI-Mitglied. Nach Erhalt der Approbation werde ich <u>zahlendes</u> DGPI-Mitglied und selbständig mit der DGPI Kontakt aufnehmen. | |
| ORT / DATUM* | UNTERSCHRIFT* |

Bitte ausdrucken und per Post versenden:

DGPI Geschäftsstelle
Chausseestr. 128/129
10115 Berlin