

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	
1. E-MAIL-ADRESSE* (WIRD ALS HAUPT-ADRESSE IN DEN E-MAIL-VERTEILER AUFGENOMMEN; BEVORZUGT PRIVATE E-MAIL-ADRESSE)	
ALTERNATIVE E-MAIL-ADRESSE* (WICHTIG: DIENST ALS BACKUP-E-MAIL-ADRESSE, SOLLTE DIE ERSTE NICHT ZUSTELLBAR SEIN)	

DIENSTLICHE ANSCHRIFT

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

PRIVATE ANSCHRIFT

STRASSE, HAUSNUMMER*	
POSTLEITZAHL*	ORT*
STAAT / PROVINZ	LAND* <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> ggfls. anderes Land:

BEVORZUGTE ADRESSE (FÜR POSTALISCHE SENDUNGEN)*

privat dienstlich

→ 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 40,00 € 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

Erlaubnis zur Kontaktaufnahme *
 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:
 E-Mail Postwurfsendung → * mindestens eine Option auszuwählen = Pflicht, am liebsten E-Mail
 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.

Versendung von E-Mail-Updates und Newsletter *
 Wir verwenden Mailchimp als unsere E-Mail-Newsletter-Plattform. Bitte wählen Sie Ihre Newsletter zur Anmeldung aus:

- Wichtige Mitteilungen für DGPI-Mitglieder**
- DGPI-Newsletter:** Updates von der Gesellschaft
- Antibiotic Stewardship Newsletter:** Updates zu ABS in der Pädiatrie
- Young-DGPI Newsletter:** Vernetzung und Interessenvertretung jüngerer DGPI-Mitglieder
- Infektiologie Updates:** Aktuelle Informationen und Eilmeldungen von der DGPI zu infektiologischen Themen, inkl. COVID
- Ich möchte **keine** Newsletter oder andere DGPI-Informationen per E-Mail erhalten

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

Datenschutzerklärung der DGPI *
 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.

Mit der Zusendung erklären Sie sich mit der Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten einverstanden.

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft in der DGPI e.V. *

<input type="checkbox"/> Als Mitgliedsbeitrag erteile ich ein SEPA-Mandat (Lastschriftzug) über € 40,- 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