



# **Aufnahmeantrag Bayerischer Sportärzteverband e.V.**

## **Kontakt**

Bayerischer Sportärzteverband e.V.  
Georg-Brauchle-Ring 93 • 80992 München  
Tel: 0 89 / 18 35 - 03, Fax: 0 89 / 18 35 - 96  
E-Mail: [info@bsaev.de](mailto:info@bsaev.de) • [www.bsaev.de](http://www.bsaev.de)



## Antrag auf Mitgliedschaft

Personenbezogene Daten	Privatanschrift
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers Titel _____ Name _____ Vorname _____ Geb. _____	Straße _____ PLZ/Ort _____ Bezirk _____ Tel _____ Fax _____ Mobil _____ E-Mail _____
Praxisanschrift (falls zutreffend)	Krankenhausanschrift (falls zutreffend)
Praxis _____ Straße _____ PLZ _____ Ort _____ Tel _____ Fax _____ E-Mail _____ Internet _____	Klinik _____ Abt. _____ Straße _____ PLZ _____ Ort _____ Tel _____ Fax _____ E-Mail _____ Internet _____

**Dieser Mitgliedsantrag besteht aus vier DIN A4-Seiten. Bitte bearbeiten Sie diesen Antrag komplett und fügen diesem auch alle notwendigen Anlagen bei.**



Beantragte Mitgliedschaft	Ärztliche Daten
<p>Beginn der Mitgliedschaft _____</p> <p>Art der Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin  <input type="checkbox"/> Außerordentliches Mitglied als _____</p> <p><input type="checkbox"/> Student*in</p> <p>Universität _____</p> <p>Aktuelles Semester _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin bereits in einem anderen DGSP-Landesverband Mitglied und möchte wechseln</p>	<p>Approbation seit _____</p> <p>Facharzt/-ärztin für _____</p> <p>Zusatzbezeichnungen <input type="checkbox"/> Sportmedizin  <input type="checkbox"/> Keine  <input type="checkbox"/> Weitere _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Meine personalisierte Mitgliedschaft	
<p>Die Post soll an folgende Anschrift gesendet werden: <input type="checkbox"/> Private Adresse  <input type="checkbox"/> Praxisadresse  <input type="checkbox"/> Klinikadresse</p> <hr/> <p>Ich möchte die Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin erhalten: <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein</p> <hr/> <p>Ich möchte den Sportmedizin-Newsletter der DGSP erhalten (<i>jederzeit abbestellbar</i>): <input type="checkbox"/> Ja, private E-Mail-Adresse  <input type="checkbox"/> Ja, geschäftliche E-Mail-Adresse  <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Der Jahresbeitrag beträgt derzeit <b>€ 120,00</b> (unabhängig vom Eintrittsdatum)</p> <p><b>Eine Mitgliedschaft ist nur in Verbindung mit der Einzugsermächtigung möglich.</b></p> <p>Bitte senden Sie uns den Aufnahmeantrag zusammen mit Ihrer Einzugsermächtigung zu.</p> <hr/> <p><u>Information für Studierende</u></p> <p><b>Die studentische Mitgliedschaft ist beitragsfrei nur unter Vorlage der aktuellen Immatrikulationsbescheinigung und endet mit Ihrer Approbation.</b></p> <p>Bitte senden Sie uns den Aufnahmeantrag zusammen mit der Kopie Ihrer Immatrikulationsbescheinigung zu.</p> <hr/> <p><b>Der Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn alle Unterlagen vollständig sind!</b></p>



## Datenschutzerklärung

Ich willige ein, dass der Bayerische Sportärzteverband 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 Bayerischen Sportärzteverband 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 Bayerischen Sportärzteverbandes 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 Bayerischen Sportärzteverbandes 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 Bayerischen Sportärzteverband 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 Bayerischen Sportärzteverband 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 Bayerischen Sportärzteverband e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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>																								
Name des Kreditinstituts _____																								
_____	_____	_____																						
Ort	Datum	Unterschrift mit Vor- und Nachnamen																						

## Fast geschafft...

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

Die Satzung des Bayerischen Sportärzteverbandes e.V. kann ich jederzeit auf der Website des Vereins einsehen.

\_\_\_\_\_

Ort Datum Unterschrift mit Vor- und Nachnamen