

Per Mail, Fax oder postalisch an die

## Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft e.V.

Geschäftsführer Prof. Dr. med. Jürgen J. Faiss  
 Mitgliederverwaltung Tel.: +49 (0)30-5314379-30/ 31  
 Postanschrift: Fax: +49 (0)30-5314379-39  
 Reinhardtstr. 27 C E-Mail: [info@dsg-berlin.org](mailto:info@dsg-berlin.org)  
 10117 Berlin Internet: [www.dsg-info.de](http://www.dsg-info.de)

# Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme in die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft e.V. (DSG e.V.)

– BITTE GUT LESBAR IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN –

## Persönliche Angaben

Herr  Frau Akademische(r) Titel Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Facharzttitel, ggf. Zusatzbezeichnung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte ankreuzen:  Student  Ass.-Arzt  Niedergelassen  Oberarzt  Leitender Arzt  Chefarzt  
 Rentner/ Pensionär (Approbations-Urkunde/ Arztausweis)  Pflegekraft  Therapeut  Sonstiges, und zwar \_\_\_\_\_

## Berufliche Kontaktdaten

Diese Anschrift verwenden für  Korrespondenz  Zeitungslieferung  Rechnung  
 Bei Punkten, die Sie nicht ankreuzen, werden automatisch Ihre privaten Kontaktdaten (siehe nächste Seite) verwendet.

Name der Einrichtung (Krankenhaus, Praxis und andere)

\_\_\_\_\_

Klinik für..., Zentrum für..., Abteilung oder weitere Bezeichnungen und Zusätze (möglichst genau)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_

Homepage



## Datenschutz

Vom Inhalt der Datenschutzerklärung der DSG habe ich Kenntnis genommen. Diese ist jederzeit einsehbar auf <http://www.dsg-info.de/ueber-die-dsg/datenschutz.html>.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die DSG meine personenbezogenen Daten, die zur Mitgliederverwaltung erhoben werden, für administrative Zwecke in elektronischer Form speichert. Die Mitgliederverwaltung erfolgt durch die DGN-Dienstleistungsgesellschaft, die hierbei im Auftrag der DSG handelt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- meine berufsbezogenen Daten
- meine privaten Kontaktdaten

im Internetauftritt der DSG unter <https://www.dsg-info.de/mitglieder.html> in dem passwortgeschützten Mitgliederbereich im Mitgliederverzeichnis der DSG publiziert werden. Dieses Verzeichnis ist nur für andere Mitglieder und Mitarbeiter der DSG einsehbar.

Sie können Ihr Einverständnis jederzeit mit den Ihnen zur Verfügung gestellten Zugangsdaten rückgängig machen. Ich verpflichte mich, die mir zur Verfügung gestellten persönlichen Zugangsdaten zum internen Bereich der DSG-Internetseite <https://www.dsg-info.de/mitglieder.html> ausschließlich für persönliche Zwecke zu verwenden und nicht an Dritte weiterzugeben.

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Nur gültig für Zahlungen aus dem SEPA-Bereich  
(Einheitlicher Euro-Zahlungsverkehrsraum mit derzeit 34 Staaten).

### *Name und Anschrift des Zahlungsempfängers*

Deutsche Schlaganfall Gesellschaft e. V.  
Reinhardtstraße 27c  
10117 Berlin  
**Gläubiger-ID: DE20ZZZ00001506989**

### *Name und Anschrift des Mandaten*

**Mandatsreferenz** (ggf. Mitgliedsnummer):

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige Sie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der

### **Deutschen Schlaganfall Gesellschaft e. V.**

*(Zahlungsempfänger)*

auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

BIC :

IBAN-Nr. (D: 22 Stellen):

---

Sollte mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweisen, so besteht von Seiten des Geldinstituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung. Über Änderungen der Adresse oder Änderungen beim kontoführenden Geldinstitut werde ich die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft unverzüglich informieren. Eine gesonderte Quittung für die Einzugsbeträge wird nicht ausgestellt. Bei Ihrer Steuererklärung bzw. gegenüber dem Finanzamt genügt die Angabe der Summe und im Falle der Steuerprüfung der entsprechende Kontoauszug als Beleg. Nur selten ist der Nachweis der Mitgliedschaft erforderlich, diesen würden wir dann ggf. im Einzelfall ausstellen.

Ort, Datum

Unterschrift

---

Vor dem Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift werden Sie mich über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

### Bankverbindung der DSG

Deutsche Bank PGK Aschaffenburg, BLZ: 795 700 24, Konto-Nr.: 19 616 200  
IBAN: DE 38 7957 0024 0019 6162 00, BIC (Swift-Code): DEUTDEDB 795

### Lastschriftverfahren

Der Bankeinzug der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft e.V. erfolgt jeweils zum 12. der Monate April, Juli September und Dezember. Sollte dies auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag fallen, so erfolgt der Bankeinzug am nächsten Bankarbeitstag. Sollten Sie weniger als 7 Tage vor dem nächsten Einzugstermin in die DSG eingetreten sein, so wird Ihr Beitrag erst mit dem nächsten Einzug erhoben.

**HINWEIS:** Für die Zustellung von Mitgliederinformationen und für die Zugangseinrichtung zum Mitgliederbereich der DSG-Site benötigen wir unbedingt Ihre aktuelle(n) E-Mail-Adresse(n).

Bitte stellen Sie die Aktualität Ihrer Mitgliedsdaten sicher, das hilft Kosten für die DSG zu vermeiden.

*Vielen Dank für Interesse an der Mitgliedschaft in der DSG. Ihr Antrag wird geprüft und Sie erhalten ein Antwortschreiben mit Ihren neuen Unterlagen. Dies kann bis zu vier Wochen in Anspruch nehmen.*

### Für die Vollständigkeit des Antrages (= 5 Seiten)

Ort, Datum

Unterschrift

---

---