

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage/n ich/wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt die Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Telemedizin e. V. als:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Einzelmitglied | <input type="radio"/> Unternehmen bis 20 Mitarbeiter/innen |
| <input type="radio"/> Student/in | <input type="radio"/> Unternehmen bis 100 Mitarbeiter/innen |
| <input type="radio"/> Verband, Verein, medizinische Fachgesellschaft,
Körperschaft des öffentlichen Rechts | <input type="radio"/> Unternehmen bis 250 Mitarbeiter/innen |
| <input type="radio"/> Wissenschaftliche Einrichtung | <input type="radio"/> Unternehmen über 250 Mitarbeiter/innen |
| | <input type="radio"/> Sonstiges: _____ |

Person/ Ansprechpartner:in

Titel, Vorname, Nachname * / **

Geburtsdatum **

Private Adresse (Straße und Hausnummer) **

Telefon-/Mobilfunknummer (privat)

PLZ **

Ort **

E-Mail-Adresse (privat) **

Institution/ Unternehmen

Name der Institution/des Unternehmens *

Abteilung und Position (Ansprechpartner/in)

Geschäftliche Adresse (Straße und Hausnummer) *

Telefon-/Mobilfunknummer (geschäftlich)

PLZ *

Ort *

E-Mail-Adresse (geschäftlich) *

Zeitschriften-Abo

Die in der Mitgliedschaft enthaltenen Zeitschriften-Abos sind zu senden an:

Lieferadresse * / **

Mitgliedsbeitrag

Zur Begleichung des jährlichen Mitgliedsbeitrags bevorzuge/n ich/wir den:

- Einzug mittels Lastschriftmandat (siehe Seite 2). Überweisung/ Dauerauftrag (eigenverantwortlich).

Die jährliche Beitragsrechnung ist zu senden an folgende E-Mail-Adresse und Rechnungsadresse:

cc:

E-Mail-Adresse * / **

Rechnungsadresse * / **

Bitte denken Sie daran uns Veränderungen Ihrer Kontaktdaten, Bankverbindung etc. umgehend mitzuteilen!

Die zum Zeitpunkt der Antragsstellung geltende Satzung der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin e. V. und die damit verbundene geltende Beitragsordnung werden von mir durch Antragsstellung anerkannt. Mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der in diesem Antrag aufgeführten Daten in der Datenbank des Vereins bin ich einverstanden.

Ort / Datum * / **

Unterschrift * / **

Deutsche Gesellschaft für Telemedizin e. V.

Luisenstraße 58/59

10117 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE53ZZZ00000868814

Mandatsreferenz: **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

SEPA-Lastschriftmandat

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschrift im SEPA-Basislastschriftverfahren

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und unterschrieben per Post an die Deutsche Gesellschaft für Telemedizin e.V., Luisenstraße 58/59 in 10117 Berlin oder per E-Mail an info@dgtelemed.de senden.

Kontoinhaber *

Kreditinstitut *

IBAN *

BIC *

Bitte beachten Sie, dass bei Einzelmitgliedschaften keine Firmenkonten hinterlegt werden können.

Hiermit ermächtige ich die **Deutsche Gesellschaft für Telemedizin e. V.** widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGTelemed auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Ich bin mit dem Einzug des Mitgliedsbeitrages jährlich (Fälligkeitstermin 31.01.) einverstanden.

Ort / Datum *

Unterschrift *