



Mitgliedsantrag

Titel: _____ **Vorname:** _____ **Name:** _____

Geburtsdatum: _____ **Beruf:** _____ **Fachrichtung:** _____

Privatanschrift: _____ **Straße:** _____

PLZ: _____ **Ort:** _____ **Bundesland:** _____

Dienstanschrift: Klinik/Praxis: _____

Straße: _____

PLZ: _____ **Ort:** _____ **KV-Bereich:** _____

Telefon: _____ **Fax:** _____

E-Mail: _____ **BVSD-Newsletter:** Um Sie in unseren BVSD-Newsletter-Verteiler aufzunehmen, benötigen wir eine Bestätigung, dass Sie der Inhaber der angegebenen E-Mail-Adresse sind und dass Sie mit dem Empfang des Newsletters einverstanden sind. Die erhobenen Daten dienen nur der Versendung des Newsletters und der Dokumentation Ihrer Zustimmung. Eine andere Verarbeitung oder Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Sie können den Newsletter und die Einwilligung zur Speicherung der Daten jederzeit widerrufen.

Unterschrift: _____

Ich beantrage:

Ordentliche Mitgliedschaft

Voraussetzungen

(Ein Kriterium muss erfüllt sein, bitte Zutreffendes ankreuzen. **Nachweise sind zu erbringen.**):

- Arzt mit Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie und / oder Palliativmedizin
- Algesiologe DGS e.V. bzw. DSG e.V.
- Psych. Psychotherapeut mit Weiterbildung Spez. Schmerzpsychotherapie und/oder Psychoonkologie
- Arzt in Ausbildung zur Zusatzbezeichnung Spez. Schmerztherapie und / oder Palliativmedizin oder zu Algesiologe DGS bzw. DSG
- Psychologe in Ausbildung zur Spez. Schmerzpsychotherapie und / oder Psychoonkologie
- Arzt oder Psychologe mit Einbindung in schmerz- oder palliativmedizinische Versorgungsstrukturen

Außerordentliche Mitgliedschaft

- Arzt und / oder Psychologe

Mitgliedsbeiträge: ordentliche Mitgliedschaft 240,- €, Doppelmitgliedschaft DGS, DSG, DGPSF, DGP, oder in einem regionalen schmerztherapeutischen Verband 180,- €, weniger als 50% Regelarbeitszeit 120,- €, außerordentliches Mitglied 120,- €. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ordnungen des BVSD in der jeweils gültigen Fassung an. Die Informationspflichten gemäß Artikel 12 bis 14 DSGVO (Datenschutzordnung) habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD), Gläubiger-Identifikationsnummer DE73ZZZ00000609852, Zahlungen für den BVSD-Jahresmitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BVSD auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: 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. Ihre Mandatsreferenznummer ist Ihre künftige Mitgliedsnummer, die wir Ihnen separat mitteilen werden.

Kontoinhaber

(BIC)

Kreditinstitut

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis zum Datenschutz: Ihre Daten werden ausschließlich für den Vereinszweck gespeichert und verwendet. Die Verwendung Ihrer freiwilligen Angaben können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem BVSD unter den genannten Kontaktdaten widerrufen.