

## Aufnahmeantrag

Bitte gut lesbar ausfüllen und an die Geschäftsstelle senden

per E-Mail: [geschaeftsstelle@degum.de](mailto:geschaeftsstelle@degum.de), per Fax: +49 30 2060 8888 90 **oder**  
per Post: DEGUM e.V., Geschäftsstelle, Charlottenstr. 79/80, 10117 Berlin

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der DEGUM e.V.

### Personendaten

Anrede:  Frau  Herr Titel ..... Geburtsdatum .....

Vorname ..... Name .....

### Dienstadresse

Einrichtung 1 (Klinik/Praxis) .....

Einrichtung 2 (Abteilung) .....

Straße ..... PLZ/Ort (Land) .....

Telefon ..... Fax .....

Mobil ..... E-Mail .....

### Privatadresse

Straße ..... PLZ/Ort (Land) .....

Telefon ..... Mobil .....

E-Mail .....

### Adressierung

Welche Kontaktadresse dürfen wir für den Schriftwechsel, Rechnung, Mailings verwenden?

Postalisch  Dienstlich  Privat

E-Mail  Dienstlich  Privat (Bitte nur eine Anschrift auswählen!)

Wie möchten Sie die Zeitschrift **Ultraschall in der Medizin** beziehen?

Online  Print

### Jahresmitgliedsbeitrag

Der Jahresmitgliedsbeitrag ist sofort fällig und gilt pro Kalenderjahr.

Ordentliche Mitglieder € 100

ÖGUM/SGUM-Mitglieder € 50 (bitte Nachweis beifügen)

Studenten € 25 (Bitte aktuelle Immatrikulationsbescheinigung beifügen)

Änderungen meiner persönlichen Daten teile ich zeitnah per E-Mail der Geschäftsstelle mit.

Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen für Mitglieder.

Mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung meiner Daten, gem. DS-GVO, im Rahmen der satzungsmäßigen Aufgaben der DEGUM, bin ich einverstanden. Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit der Satzung der DEGUM e.V. (siehe [www.degum.de](http://www.degum.de)) einverstanden.

Ort/Datum ..... Unterschrift .....

### SEPA-Lastschriftmandat

**Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE76ZZZ00000019359)**

Der Bankeinzug der DEGUM e.V. erfolgt jeweils zum 15. der Monate Februar, Juni und Oktober.

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

IBAN

|.....|

BIC (8 oder 11 Stellen)

|.....|

Ort/Datum ..... Unterschrift .....