

AUFNAHMEANTRAG FÜR DIE MITGLIEDSCHAFT



in der Mitteldeutschen Gesellschaft für Pneumologie und Thoraxchirurgie e. V.

Bitte VOLLSTÄNDIG ausfüllen. Folgende Angaben sind für die Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses erforderlich. Freiwillig Angaben sind durch * gekennzeichnet. Dieses Dokument ist ohne Unterschrift gültig. Sie erhalten eine Aufnahmebestätigung von uns.

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

DIENSTANSCHRIFT

Name der Einrichtung

Straße

PLZ, Ort

PRIVATANSCHRIFT

Straße

PLZ, Ort

KOMMUNIKATION

E-Mail

Telefon

AKTUELLES BESCHÄFTIGUNGSVERHÄLTNIS

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Klinik Angestellte Chefärztin/Angestellter Chefarzt | <input type="checkbox"/> Praxis Inhaberin/Inhaber | <input type="checkbox"/> Ruhestand |
| <input type="checkbox"/> Klinik Angestellte Oberärztin/Angestellter Oberarzt | <input type="checkbox"/> Praxis Angestellte/Angestellter | <input type="checkbox"/> Anderes: _____ |
| <input type="checkbox"/> Klinik Angestellte Assistenzärztin/Angestellter Assistenzarzt | <input type="checkbox"/> MVZ Angestellte/Angestellter | |

AKTUELLE QUALIFIKATION

- Fachärztin/Facharzt Ärztin/Arzt in Weiterbildung Anderes: _____

QUALIFIKATION FACHGEBIET UND ZUSATZBEZEICHNUNGEN

Fachgebiet	Weiterbildungsermächtigung	Zusatzbezeichnung	Weiterbildungsermächtigung
<input type="checkbox"/> Pneumologie	Monate	<input type="checkbox"/> Allergologie	Monate
<input type="checkbox"/> Thoraxchirurgie	Monate	<input type="checkbox"/> Arbeitsmedizin	Monate
<input type="checkbox"/> Innere Medizin	Monate	<input type="checkbox"/> Ernährungsmedizin	Monate
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	Monate	<input type="checkbox"/> Intensivmedizin	Monate
		<input type="checkbox"/> Schlafmedizin	Monate
		<input type="checkbox"/> Sportmedizin	Monate
		<input type="checkbox"/> Umweltmedizin	Monate

ANMELDUNG ZUR MITARBEIT IN DEN WISSENSCHAFTLICHEN SEKTIONEN DER GESELLSCHAFT*

- S1 Begutachtung S2 Kardiorespiratorische Interaktion S3 Klinische Pneumologie S4 Onkologie S5 Thoraxchirurgie

KONTOVERBINDUNG/EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Bank

IBAN

- Die Mitteldeutsche Gesellschaft für Pneumologie und Thoraxchirurgie e. V. wird hiermit ermächtigt, den Jahresbeitrag (derzeit 25,-€ p. a.) für die Mitgliedschaft von meinem o. g. Konto abzubuchen.
- Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Mitteldeutschen Gesellschaft für Pneumologie und Thoraxchirurgie e. V. und erkenne die Satzung des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an. Die Information zum Datenschutz einschließlich der Informationspflichten des Vereins gemäß Artikel 12 bis 14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Datum

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

- Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Pflichtangaben und freiwilligen Angaben zu Vereinszwecken durch die MDGP genutzt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorbenannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Einwilligung in die Veröffentlichung von Praxisdaten/Angaben zur Arbeitsstelle

Ich willige ein, dass Daten meiner Praxis bzw. Arbeitsstelle (Titel, Name, Vorname, Praxis bzw. Arbeitsstelle, Straße, Ort, Postleitzahl, Telefon, Fax, E-Mail, ggf. Webseite) in folgenden Medien im Rahmen eines Mitgliederverzeichnisses veröffentlicht werden dürfen:

- Mitgliederverzeichnis der MDGP (Veröffentlichung auf der MDGP-Webseite)
- Mitgliederverzeichnis der MDGP (**geschützter Bereich nur für MDGP-Mitglieder**)

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass Daten meiner Person (Praxisdaten/Angaben zur Arbeitsstelle) bei der Veröffentlichung im Internet oder in sozialen Netzwerken weltweit abrufbar sind. Eine Weiterverwendung und/oder Veränderung durch Dritte kann hierbei nicht ausgeschlossen werden. Soweit die Einwilligung nicht widerrufen wird, gilt sie zeitlich unbeschränkt. Die Einwilligung kann mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf der Einwilligung muss in Textform (Brief, Fax oder per E-Mail) gegenüber der MDGP e. V. erfolgen.

Eine vollständige Löschung der veröffentlichten Daten im Internet kann durch die MDGP e. V. nicht sichergestellt werden, da beispielsweise andere Internetseiten oder Internetnutzer Daten kopieren oder verändern könnten. Die MDGP e. V. kann nicht haftbar gemacht werden für Art und Form der Nutzung durch Dritte wie z. B. für das Herunterladen und deren anschließende Nutzung, Speicherung und Veränderung.

Einwilligung in die Veröffentlichung von Personenbildnissen

Ich willige ein, dass Fotos und Videos von meiner Person von der Jahrestagung der MDGP, durch Veranstaltungen der MDGP oder Preisverleihungen und bewilligte Förderungen in folgenden Medien veröffentlicht werden dürfen:

- Webseite der MDGP
- Newsletter der MDGP (Veröffentlichung auf der MDGP-Webseite und/oder per Email)

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass Fotos, Videos und Dokumente mit meiner Person bei der Veröffentlichung im Internet oder in sozialen Netzwerken weltweit abrufbar sind. Eine Weiterverwendung und/oder Veränderung durch Dritte kann hierbei nicht ausgeschlossen werden. Soweit die Einwilligung nicht widerrufen wird, gilt sie zeitlich unbeschränkt. Die Einwilligung kann mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf der Einwilligung muss in Textform (Brief, Fax oder per E-Mail) gegenüber der MDGP e. V. erfolgen.

Eine vollständige Löschung der veröffentlichten Fotos und Videoaufzeichnungen im Internet kann durch die MDGP e. V. nicht sichergestellt werden, da beispielsweise andere Internetseiten oder Internetnutzer Fotos, Videos oder Dokumente kopieren oder verändern könnten. Die MDGP e. V. kann nicht haftbar gemacht werden für Art und Form der Nutzung durch Dritte wie z. B. für das Herunterladen oder Verlinken von Fotos und Videos und deren anschließende Nutzung, Speicherung und Veränderung.