

Sächsischer Sportärztebund e.V.
Landesverband des
Deutschen Sportärztebundes e.V und der
Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention



Geschäftsstelle:
Sächsischer Sportärztebund e.V.
c/o Institut für Angewandte Trainingswissenschaft
Marschnerstr. 29
04109 Leipzig

Aufnahmeantrag: (bitte in Druckschrift)

Hiermit stelle ich den Antrag auf Mitgliedschaft im Sächsischen Sportärztebund e.V.

ab _____
Monat / Jahr

Name: Vorname:

Titel: Geburtsdatum:.....

Post senden an: Privatanschrift [] / Dienstl. Anschrift []

Privatanschrift:		Dienstliche Anschrift:	
		Abt. / Firma:	
Straße:		Straße:	
PLZ:	Ort:	PLZ:	Ort:
Tel:		Tel:	
Fax:		Fax:	
Handy:		Web-site:	
E-Mail:		E-Mail:	

Niedergelassen: []	Beamter: []	Angestellter: []	Nicht ärztlich tätig: []
Approbation seit:			
Facharzt für		seit:	
Zusatzbezeichnung Sportmedizin?		Ja [] seit:	
Weitere Zusatzbezeichnungen:			
Zulassung als	D-Arzt []	M-Arzt []	

Weitere wichtige Angaben:

[ZF] Zertifikate: Arzt im Fitness- u. Gesundheitszentrum [] seit			habe Interesse daran []		
DGSP Leistungsdiagnostik [] seit			habe Interesse daran []		
[ST] Sportmedizinische Tätigkeit:	wird durchgeführt	habe Interesse	[SB] Betreute Rehasportgruppen	wird durchgeführt	habe Interesse
Prävention	[]	[]	Adipositas	[]	[]
Tauglichkeitsuntersuchung	[]	[]	Arthrosport	[]	[]
Trainingsberatung	[]	[]	Asthmasport	[]	[]
Spiroergometrie	[]	[]	Diabetessport	[]	[]
Laktatwertbestimmung	[]	[]	Endoprothesensport	[]	[]
Leistungssport	[]	[]	Fettstoffwechselstörungen	[]	[]
Kaderbetreuung	[]	[]	Gefäßsport	[]	[]
Alterssport	[]	[]	Herzsport	[]	[]
Frauensport	[]	[]	Krebssport	[]	[]
Kinder- u. Jugendsport	[]	[]	Osteoporosesport	[]	[]
Flugmedizin	[]	[]	Rheumasport	[]	[]
Tauchmedizin	[]	[]	Schlaganfall	[]	[]
Dozententätigkeit	[]	[]	Psychische Behinderungen	[]	[]
Andere	[]	[]	Andere	[]	[]
[BS] von mir betreute Sportarten / Vereinsbetreuung:					
[AS] von mir ausgeübte Sportarten:					
Haben Sie Interesse als Referent bei Fort- u. Weiterbildungen tätig zu werden?				ja [] nein []	
Wären Sie bereit, E-Mail-Anfragen zu beantworten? - von Patienten (Studenten)				ja [] nein []	
von Kollegen				ja [] nein []	
Wären Sie damit einverstanden, Praxis- bzw. Krankenhausadresse und/oder Telefonnummer an Patienten / Interessenten weitergeben zu lassen?				ja [] nein []	

Einverständniserklärung:

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Praxisdaten im kostenfreien Internetauftritt des Sächsischen Sportärztesbundes einverstanden. Ja [] Nein []

Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an die Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) für statistische Zwecke und zum Versand der „Deutschen Zeitschrift für Sportmedizin“ einverstanden, wenn ich nicht innerhalb von 4 Wochen einen schriftlichen Widerspruch beim SSÄB eingereicht habe.

Ich bin mit der Übersendung von Infomaterial durch die DGSP bzw. Sportmed GmbH

[] einverstanden [] nicht einverstanden.

Ort, den

Unterschrift

Einzugsermächtigung

Gemäß der Beitragsordnung des SSÄB ist eine Zahlung des jährlichen Beitrags nur per Lastschrift durch Bankeinzugsverfahren von Ihrem Konto möglich.

Die Abbuchung erfolgt jeweils im 1.Quartal des laufenden Jahres.

Die Beitragshöhe wird jährlich durch die Mitgliederversammlung festgelegt.

Für mich trifft folgende Beitragsfestlegung zu

Ordentliches Mitglied

- | | |
|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> - Ärzte/Zahnärzte mit Einkommen aus Berufstätigkeit: | 52 Euro / Jahr |
| <input type="checkbox"/> - Absolventen anderer Hoch- und Fachschuleinrichtungen | 52 Euro/ Jahr |
| <input type="checkbox"/> - Rentner, Arbeitslose, Nichtberufstätige (bitte Nachweis) | 38 Euro/ Jahr |
| <input type="checkbox"/> - Studenten der Medizin (bitte Nachweis) | 0 Euro / Jahr |

Name: Vorname:.....

Wohnort:..... Straße:

Hiermit ermächtige ich den Sächsischen Sportärztebund e.V. (Gläubiger-Identifikationsnummer DE03ZZZ00000025329), den von der Mitgliederversammlung festgelegten Jahresbeitrag für den Sächsischen Sportärztebund bis auf schriftlichen Widerruf per SEPA-Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

IBAN:

bei

BIC:

....., den

Unterschrift:.....

Hinweise:

Wir haben jeweils im ersten Quartal den Bundesbeitrag für jedes Mitglied pünktlich an die Dachorganisation und - über den Verein zur Förderung der Sportmedizin - für die Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin abzuführen.

Bitte teilen Sie uns rechtzeitig eventuelle Änderungen Ihrer Adress- und Kontoverbindung mit!
Eine Kündigung Ihrer Mitgliedschaft ist jeweils bis spätestens 30.09. des laufenden Jahres zum Jahresende möglich.

Für Rückfragen steht Ihnen die Geschäftsstelle gerne zur Verfügung.