

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: [<input type="checkbox"/>] | Beamter: [<input type="checkbox"/>] | Angestellter: [<input type="checkbox"/>] | Nicht tätig: [<input type="checkbox"/>] |
| Approbation seit: | | | |
| Facharzt für _____ | | seit: | |
| Diplom Sportmedizin? | | Ja [<input type="checkbox"/>] seit: | |
| Zusatzbezeichnung Sportmedizin? | | Ja [<input type="checkbox"/>] seit: | |
| Weitere Zusatzbezeichnungen: | | | |
| | | | |
| Zulassung als | D-Arzt [<input type="checkbox"/>] | H-Arzt [<input type="checkbox"/>] | |

Weitere wichtige Angaben:

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

Tel. 0341 4945268
Fax. 0341 4945264
e-Mail: info@ssaeb.de
website: www.ssaeb.de

Bankverbindung
Hypovereinsbank Dresden
BLZ: 85020086
Konto-Nr.: 357994462

| | | | | | |
|---|-------------------|----------------|---------------------------------------|-------------------|----------------|
| [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, Studenten der Medizin | 38 Euro/Jahr |

Name: Vorname:.....

Wohnort:..... Straße:

Hiermit ermächtige ich den Sächsischen Sportärztebund e.V., den von der Mitgliederversammlung festgelegten Jahresbeitrag für den Sächsischen Sportärztebund bis auf schriftlichen Widerruf per Lastschrift von meinem Konto

Konto-Nr.:

bei

BLZ:

einziehen.

....., 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 - an den Süddeutschen Verlag Onpact München 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.