

SPORTÄRZTEBUND BREMEN E.V.

LANDESVERBAND DER DEUTSCHEN GES. F. SPORTMEDIZIN U. PRÄVENTION



DGSP

Deutsche Gesellschaft
für Sportmedizin und
Prävention - seit 1912
(Dt. Sportärztebund) e.V.

Sportärztebund Bremen
Geschäftsstelle
Dr. med. M. Reick
Schubertstr. 27A
28209 Bremen

┌ Sportärztebund Bremen e.V. · Bremerhavener Heerstr. 24 · 28717 Bremen ┐

Sportärztebund Bremen e.V.
- Geschäftsstelle -
Dr. med. M. Reick
Schubertstr. 27A
28209 Bremen

Erhebungsbogen

Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____
Titel: _____ Geb.-Datum: _____
Straße: _____
PLZ: _____ Wohnort: _____
Telefon: _____ (Praxis) _____ (Privat)
Fax: _____
E-Mail: _____ (Praxis) _____ (Privat)
Fachrichtung: _____
Mitglied seit dem _____
Zusatzbezeichnung Sportmedizin: Ja/Nein
Sportarzt Diplom: Ja/Nein
Mitglied eines Vereins:
Zertifikate der DGSP Ja/Nein Welche: _____

Einverständniserklärung:

Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an die DGSP einverstanden, wenn ich nicht innerhalb von 4 Wochen einen schriftlichen Widerspruch beim Sportärztebund Bremen e.V. eingereicht habe.

Bremen, den

... 2

(Unterschrift Mitglied)

Weitere Angaben:

Derzeitige sportmedizinische Tätigkeit	Tätigkeit	Ich würde in folgenden sportmedizinischen Bereichen gern mitarbeiten
()	Basisuntersuchungen	()
()	Ergometrieuntersuchungen	()
()	Vereinsbetreuung	()
()	Sportärztliche Betreuung bei Veranstaltungen (bevorzugte Sportarten)	()
()	Trainerweiterbildung bzw. Dozententätigkeit	()
()	Infarktsportgruppenbetreuung	()
()	Versehrtensportbetreuung	()
()	Tauchmedizin	()
()	Sonstiges bitte erläutern:	()

Eigene sportliche Interessengebiete: _____

Besondere medizinische Qualifikationen, die sportmedizinisch interessant sind (Arbeitsmedizin, Physiologie, Flugmedizin, etc.): _____

Was machen Sie für Untersuchungen in Ihrer Praxis _____

Verbandsarzt in welchem Verein _____

Unterschrift:

**Ich wünsche ab sofort den Einzug des Mitgliedsbeitrages über folgendes Konto
Bankverbindung hat sich wie folgt geändert**

Einzugsermächtigung Ihres Mitgliedsbeitrags:

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenen Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____