



# Aufnahmeantrag Sportärztebund Bremen e.V.

## Kontakt

Sportärztebund Bremen e.V. • c/o Dr. med. M. Reick  
Schubertstraße 27a • 28209 Bremen

Tel: 0 69 / 40 71 — 4 12, Fax: 0 69 / 40 71 — 8 59

E-Mail: [info@sportaerztebund-bremen.de](mailto:info@sportaerztebund-bremen.de)

Web: [www.sportaerztebund-bremen.de](http://www.sportaerztebund-bremen.de)



## Antrag auf Mitgliedschaft

Personenbezogene Daten	Möglichkeiten der Mitgliedschaft
<p><input type="checkbox"/> weiblich   <input type="checkbox"/> männlich   <input type="checkbox"/> divers</p> <p>Titel _____</p> <p>Name _____</p> <p>Vorname _____</p> <p>Geb. _____</p>	<p><b>Ordentliches Mitglied</b> des Sportärztebundes Bremen e.V. kann jeder approbierte Arzt werden.</p> <p><b>Außerordentliches Mitglied</b> des Sportärztebundes Bremen e.V. kann jeder an der Sportmedizin interessierte (<b>Sportlehrer, Physiotherapeuten, Trainer etc.</b>) werden.</p>
Privatanschrift	Dienstanschrift
<p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Tel _____ Fax _____</p> <p>E-Mail _____</p>	<p>Klinik/Praxis _____</p> <p>Abt. _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Tel _____ Fax _____</p> <p>E-Mail _____</p> <p>Internet _____</p>
Beantragte Mitgliedschaft	Ärztliche Daten
<p>Beginn der Mitgliedschaft _____</p> <p>Art der Mitgliedschaft   <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin  <input type="checkbox"/> Außerordentliches Mitglied als _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin bereits in einem anderen DGSP-Landesverband Mitglied und möchte wechseln</p>	<p>Approbation seit _____</p> <p>Facharzt/-ärztin für _____</p> <p>Ich arbeite   <input type="checkbox"/> niedergelassen  <input type="checkbox"/> im klinischen Setting  <input type="checkbox"/> im präventiven/Reha-Setting  <input type="checkbox"/> universitär  <input type="checkbox"/> anderer Kontext</p> <p>Zusatzbezeichnungen   <input type="checkbox"/> Sportmedizin  <input type="checkbox"/> Weitere</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



## Meine personalisierte Mitgliedschaft

Die Post soll an folgende Anschrift gesendet werden:	<input type="checkbox"/> Private Adresse <input type="checkbox"/> Praxisadresse <input type="checkbox"/> Klinikadresse	Haben Sie Interesse an einer Referententätigkeit bei Fort-/Weiterbildungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich möchte die Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin erhalten:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wären Sie bereit, E-Mail-Anfragen, z.B. von Studierenden, zu beantworten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich möchte den Sportmedizin-Newsletter der DGSP erhalten (jederzeit abbestellbar):	<input type="checkbox"/> Ja, private E-Mail-Adresse <input type="checkbox"/> Ja, geschäftliche E-Mail-Adresse <input type="checkbox"/> Nein		

## Weitere ergänzende Angaben

Sportmedizinische Tätigkeiten			Betreute Rehasportgruppen		
	wird durchgeführt	habe Interesse		wird durchgeführt	habe Interesse
Prävention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adipositas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tauglichkeitsuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrosesport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trainingsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthmasport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiroergometrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetessport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laktatwertbestimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endoprothesensport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungssport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaderbetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gefäßsport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterssport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzsport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauensport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebssport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendsport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungensport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flugmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosesport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tauchmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumasport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaf und Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dozententätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologischer Rehasport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Psychische Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere			Andere		

### Vor mir betreute Sportarten/Vereinsbetreuung


### Von mir ausgeübte Sportarten




## Datenschutzerklärung

Ich willige ein, dass der Sportärztebund Bremen e.V. als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten, wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Mitgliederinformationen durch den Sportärztebund Bremen e.V. sowie durch den Dachverband Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) e.V. verarbeitet und speichert. Insofern mit dem Mitgliedsantrag einer Übersendung der Deutschen Zeitschrift für Sportmedizin zugestimmt wurde, wird ebenfalls die Verarbeitung der postalischen Adresse durch das entsprechende vom Dachverband DGSP beauftragte Verlagshaus im Rahmen des Postverbands der Publikation autorisiert. Insofern mit dem Mitgliedsantrag einer Übersendung des Sportmedizin-Newsletters zugestimmt wurde, wird die Verarbeitung des Namens, Vornamens, des Titels und der E-Mail-Adresse durch das entsprechende vom Dachverband DGSP beauftragte Unternehmen für den Newsletterversand autorisiert. Nähere Informationen erhalten Sie hierzu über die Datenschutzerklärung auf der Website des Dachverbandes DGSP unter URL <https://www.dgsp.de/datenschutz/>.

Eine Übermittlung von Daten an den Dachverband DGSP findet nur im Rahmen der in den Satzungen des Sportärztebundes Bremen e.V. bzw. des Dachverbandes DGSP festgelegten Zwecke statt. Diese Datenübermittlungen sind notwendig zum Zweck der Mitgliederverwaltung, zum Zwecke der Verbandsorganisation und zum Zwecke der Einwerbung von öffentlichen Fördermitteln. Eine Datenübermittlung an Dritte, außerhalb des Sportärztebundes Bremen e.V bzw. der DGSP e.V., findet nicht statt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet ebenfalls nicht statt.

Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der steuerrechtlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen.

Neben dem Recht auf Auskunft bezüglich der zu seiner Person bei dem Verantwortlichen Sportärztebund Bremen e.V. gespeicherten Daten hat jedes Mitglied, im Rahmen der Vorgaben der DSGVO, das Recht, der Speicherung der Daten, die nicht im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben für bestimmte Zeiträume vorgehalten werden müssen, für die Zukunft zu widersprechen. Ferner hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift mit Vor- und Nachnamen



## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Sportärztebund Bremen e.V. die von mir zu entrichtenden Zahlungen bzgl. des jährlichen Mitgliedsbeitrags bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sportärztebund Bremen 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.

**Zahlungsart:** Wiederkehrende Zahlung („SEPA Recurrent Payment“).

Vorname und Nachname des Kontoinhabers																								
Straße und Hausnummer																								
Postleitzahl und Ort																								
IBAN (22 Stellen)																								
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																								
BIC (8 oder 11 Stellen)																								
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																								
_____	_____	_____																						
Ort	Datum	Unterschrift mit Vor- und Nachnamen																						

## Fast geschafft...

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Sportärztebund Bremen e.V. als Landesverband der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. Ich verpflichte mich, die Satzungen und Ordnungen des Sportärztebund Bremen e.V. zu beachten und über ausreichend Deckung für den jährlichen Einzug meines Mitgliedsbeitrages zu sorgen.

Die Satzung des Sportärztebundes Bremen e.V. kann ich jederzeit auf der Website des Vereins einsehen.

\_\_\_\_\_

Ort Datum Unterschrift mit Vor- und Nachnamen