

Sportärztebund Rheinland-Pfalz e.V.

Landesverband der
DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR SPORTMEDIZIN UND PRÄVENTION



Antrag auf Mitgliedschaft

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Sportärztebund Rheinland-Pfalz e.V.

(Bitte in Druckschrift ausfüllen)

ab:

Monat / Jahr

Männlich

Weiblich

Geburtstag _____

Titel

Vorname

Name

Post senden an:

Privatanschrift

dienstliche Anschrift

| | |
|------------------------|--|
| Privatanschrift | Niedergelassener: / Angestellter: / Beamter: |
| Straße | Student: / Sonstiges: |
| PLZ: / Ort: | Approbation seit: |
| Telefon: | Facharzt: seit: |
| Telefax: | Diplom Sportmedizin: Ja seit: |
| Handy: | Zusatzbezeichnung Sportmedizin? Ja seit: |
| eMail: | Weitere Zusatzbezeichnungen? |

| | |
|--|--------------|
| Praxis- oder Krankenhausanschrift | |
| Praxis: | Krankenhaus: |
| | Abteilung |
| Straße: | Straße: |
| PLZ: / Ort: | PLZ: / Ort: |
| Telefon: | Telefon: |
| Telefax: | Telefax: |
| eMail: | eMail: |
| Website: | Website: |

Ich bitte um Veröffentlichung meiner Praxisdaten (soweit vorhanden) auf der kostenfreie Website: www.saeb-kl.de:

Ja / Nein

[Bitte auch die Rückseite ausfüllen]

Sportärztebund Rheinland-Pfalz e.V.
Karcherstraße 10
67655 Kaiserslautern

Telefon : 0631 / 3 18 79 75
Telefax : 0631 / 3 18 79 76
eMail : info@saeb-rlp.de
Web : www.saeb-rlp.de

Bankverbindung

Stadtparkasse Kaiserslautern
IBAN: DE85 5405 0110 0100 4050 00
BIC: MALADE51KLS

Sportärztebund Rheinland-Pfalz e.V.

Landesverband der
DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR SPORTMEDIZIN UND PRÄVENTION



Weitere wichtige Angaben

| Sportmedizinische Tätigkeit: | | | Betreute Rehasportgruppen | | |
|---|-------------------|----------------|---------------------------|-------------------|----------------|
| | wird durchgeführt | habe Interesse | | wird durchgeführt | habe Interesse |
| Prävention | | | Adipositas | | |
| Tauglichkeitsuntersuchung | | | Arthrosesport | | |
| 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 | | | | | |
| [BS] von mir betreute Sportarten / Vereinsbetreuung: | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| [AS] von mir ausgeübte Sportarten: | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Einverständniserklärung

Ich bin mit der Übermittlung der Mitgliederpost per eMail einverstanden

Ich bitte um Zusendung der Mitgliederpost auf dem Postweg

Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an den Dachverband der DGSP (Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention) zwecks Zusendung der „Deutschen Zeitschrift für Sportmedizin“ einverstanden.

Ich bin mit der Übermittlung meiner Adress-Daten an die DGSP für Werbezwecke einverstanden.

, den

Ort

Datum

Arztstempel / Unterschrift

Sportärztebund Rheinland-Pfalz e.V.
Karcherstraße 10
67655 Kaiserslautern

Telefon : 0631 / 3 18 79 75
Telefax : 0631 / 3 18 79 76
eMail : info@saeb-rlp.de
Web : www.saeb-rlp.de

Bankverbindung
Stadtsparkasse Kaiserslautern
IBAN: DE85 5405 0110 0100 4050 00
BIC: MALADE51KLS

Sportärztebund Rheinland-Pfalz e.V.

Landesverband der
DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR SPORTMEDIZIN UND PRÄVENTION



Sportärztebund Rheinland-Pfalz e.V.
Karcherstraße 10 • 67655 Kaiserslautern

Tel. 0631 / 3 18 79 75 • Fax 0631 / 3 18 79 76
eMail: info@saeb-rlp.de
Website: www.saeb-rlp.de

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE81SAE00001311406

Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer: NR _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Sportärztebund Rheinland-Pfalz 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 Rheinland-Pfalz e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name (Kontoinhaber): _____ Titel: Vorname: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

eMail: _____

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.

Kreditinstitut _____ SWIFT-BIC _____

IBAN: _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Jahr € 62,00, die einmalige Aufnahmegebühr beträgt € 15.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Datum, Ort: _____ Unterschrift: _____

Bitte beachten Sie, dass der Jahresbeitrag immer Anfang des 1. Quartals von Ihrem Konto abgebucht wird.

Sportärztebund Rheinland-Pfalz e.V.
Karcherstraße 10
67655 Kaiserslautern

Telefon : 0631 / 3 18 79 75
Telefax : 0631 / 3 18 79 76
eMail : info@saeb-rlp.de
Web : www.saeb-rlp.de

Bankverbindung
Stadtsparkasse Kaiserslautern
IBAN: DE85 5405 0110 0100 4050 00
BIC: MALADE51KLS