



Mitgliedsantrag

Titel: _____ **Vorname:** _____ **Name:** _____

Geburtsdatum: _____ **Beruf:** _____ **Fachrichtung:** _____

Privatanschrift: _____ **Straße:** _____

PLZ: _____ **Ort:** _____ **Bundesland:** _____

Dienstanschrift: Klinik/Praxis: _____

Straße: _____

PLZ: _____ **Ort:** _____ **KV-Bereich:** _____

Telefon: _____ **Fax:** _____

E-Mail: _____

Schriftwechsel bitte an: Dienstanschrift Privatanschrift (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich beantrage:

Ordentliche Mitgliedschaft

Voraussetzungen

(Ein Kriterium muss erfüllt sein, bitte Zutreffendes ankreuzen. **Nachweise sind zu erbringen.**):

- Arzt mit Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie und / oder Palliativmedizin
- Algesiologe DGS e.V. bzw. DGSS e.V.
- Psych. Psychotherapeut mit Weiterbildung Spez. Schmerzpsychotherapie und/oder Psychoonkologie
- Arzt in Ausbildung zur Zusatzbezeichnung Spez. Schmerztherapie und / oder Palliativmedizin oder zu Algesiologe DGS bzw. DGSS
- Psychologe in Ausbildung zur Spez. Schmerzpsychotherapie und / oder Psychoonkologie
- Arzt oder Psychologe mit Einbindung in schmerz- oder palliativmedizinische Versorgungsstrukturen

Außerordentliche Mitgliedschaft

- Arzt und / oder Psychologe

Mitgliedsbeiträge: ordentliche Mitgliedschaft 240,- €, Doppelmitgliedschaft DGS, DGSS, DGPSF, DGP, oder in einem regionalen schmerztherapeutischen Verband 180,- €, weniger als 50% Regelarbeitszeit 120,- €, außerordentliches Mitglied 120,- €. Gemäß § 26 Abs. 1 des Bundesdatenschutzgesetzes informieren wir Sie hiermit, dass Ihre personenbezogenen Daten in unserer EDV ausschließlich für den Vereinszweck gespeichert und verarbeitet werden, soweit dies geschäftsnotwendig und im Rahmen des BDSG zulässig ist.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD), Gläubiger-Identifikationsnummer DE73ZZZ00000609852, Zahlungen für den BVSD-Jahresmitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BVSD 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. Ihre Mandatsreferenznummer ist Ihre künftige Mitgliedsnummer, die wir Ihnen separat mitteilen werden.

Kontoinhaber

(BIC, Hinweis: Ab 01.02.14 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt)

Ort, Datum

Kreditinstitut

DE__ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Unterschrift