

Antrag auf Mitgliedschaft in der DGRh

Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie in den [Datenschutzhinweisen für Mitglieder](#).

Personendaten

Anrede* Herr Frau Titel* Geburtsdatum*

Name* Vorname*

Dienstlich

Einrichtung 1 (Klinik/Praxis)*

Einrichtung 2 (Abteilung)*

Strasse* PLZ/Ort* Land/Bundesland*

Telefon Mobiltelefon Fax

E-Mail* Internet

Privat

Strasse* PLZ/Ort* Land/Bundesland*

Telefon Mobiltelefon

E-Mail*

Adressierung

Welche **Postadresse** dürfen wir für Schriftwechsel, Rechnungen und die Zeitschrift für Rheumatologie verwenden:*

Dienstanchrift Privatanschrift *Bitte nur eine Anschrift auswählen!*

E-Mail-Adresse, die wir für den individuellen Schriftverkehr, unsere „Nachrichten aus der Fachgesellschaft“ und Ihren Zugang zur Webseite der DGRh verwenden dürfen:*

E-Mail

Angaben zu Ausbildung und Tätigkeit

Ausbildung

- Arzt/Ärztin
 in Weiterbildung, und zwar voraussichtlich bis:
- Naturwissenschaftler/in
 Epidemiologie
 Bioinformatik
 Biologie
 Chemie
 Sonstiges:
- Pharmazeut/in
 Psychologe/in
 Sonstiges:

Fachkompetenz

(bitte nur ausfüllen, wenn Sie Arzt/Ärztin sind oder in Weiterbildung zum Arzt / zur Ärztin sind)

- FA/FÄ für
- Allgemeinmedizin
 Innere Medizin (ohne Schwerpunkt)
 Innere Medizin und Rheumatologie
 Innere Medizin und
 Laboratoriumsmedizin
 Orthopädie oder
 Orthopädie und Unfallchirurgie
 mit Schwerpunkt Rheumatologie
 Pharmakologie
 Physikalische und Rehabilitative Medizin
 Kinder- und Jugendmedizin
 mit Zusatzbezeichnung Rheumatologie
 Anderes Fachgebiet:

Falls Sie weitere Anerkennungen in Schwerpunkten haben, die relevant sind, nennen Sie sie bitte hier:

Ort der Tätigkeit:

(bitte nur ausfüllen, wenn Sie Arzt/Ärztin sind oder in Weiterbildung zum Arzt / zur Ärztin sind)

- Praxis
 ich bin fachärztlich niedergelassen/angestellt
 ich bin hausärztlich niedergelassen/angestellt
 mit ohne Teilnahme an stationärer Versorgung
Bitte nur ankreuzen, falls es auf Sie zutrifft:
 ich versorge ausschließlich Privatpatienten
- Klinik
 mit ohne Teilnahme an vertragsärztlicher Versorgung
- MVZ
 Forschungseinrichtung
 Unternehmen (Pharmaunternehmen, Biotechnologie, o.ä.)
 Behörde, Versicherung
 (vorübergehend) nicht berufstätig
 in Rente
 Sonstiges:

EFN-Nummer: Landesärztekammer:

Berufliche Position:
 (z.B. Chefarzt, Oberarzt, Niedergelassener Arzt, Assistenzarzt mit /ohne Facharztanerkennung ect.)

* Pflichtfeld

Beitrag

Bitte beachten Sie: Der Beitrag für die DGRh setzt sich aus dem Mitgliedsbeitrag und dem Beitrag für die Zeitschrift für Rheumatologie zusammen. Da die Zeitschrift für Rheumatologie offizielles Organ der DGRh ist, kann die Zeitschrift nicht gekündigt werden. Sollten Sie keine Papierausgabe wünschen, sagen Sie uns gerne Bescheid, ein Online-Zugang zur Webseite der ZfR (inkl. kostenfreiem Zugang zu allen Artikeln) ist über die Webseite der DGRh trotzdem jederzeit möglich.

Beitrag* Der Beitrag beträgt im Normaltarif: 199,- € zzgl. 51,- € für die Zeitschrift für Rheumatologie
 Der Beitrag beträgt bei Beitragsbefreiung: 0,- € zzgl. 50,- € für die Zeitschrift für Rheumatologie
 Falls Ihre Mitgliedschaft nach dem 30.06. eines Jahres beginnt, reduziert sich der Normaltarif auf 99,50 € zzgl. 51,- € für die ZfR
 Wir ziehen den Beitrag ein Mal jährlich von Ihrem Konto ein. Bitte erteilen Sie uns dazu (siehe unten) das dafür nötige SEPA-Lastschriftmandat.

Grund für Beitragsbefreiung* Ja Nein

Wenn ja, welcher: Weiterbildung Elternzeit Rente **(Bitte Nachweis beifügen, für Weiterbildung bitte mit voraussichtlichem Abschluss).**

Als Neumitglied bis 40 Jahre (inkl.) sind Sie auch Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft Junge Rheumatologie (AGJR) ohne dass Ihnen dafür zusätzliche Kosten entstehen. Die AGJR möchte Sie gern über Aktivitäten und Angebote der AGJR informieren. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung.

- Ja**, ich bin damit einverstanden, dass die DGRh meine E-Mail-Adresse an die AGJR übermittelt, damit diese mir Angebote und Informationen zu Aktivitäten der AGJR zusenden kann. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, z.B. mit einer E-Mail an: info@dgrh.de. Informationen zum Datenschutz finden Sie in den Datenschutzhinweisen für Mitglieder.

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V., Wilhelmine-Gemberg-Weg 6, Aufgang C in 10179 Berlin, den jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem nachfolgenden Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) 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.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

Kontoinhaber, falls abweichend von Antragsteller

Die DGRh zieht Ihren Beitrag unter der Gläubiger-Identifikationsnummer DE18ZZZ00000568356 ein.

Adressdatenfreigabe

- für Mitglieder der DGRh im geschlossenen Mitgliederbereich der Webseite der DGRh

- Ja**, ich bin damit einverstanden, dass die DGRh meinen Namen, meinen Titel und meine Dienstanschrift für die Mitgliedersuche im geschlossenen Mitgliederbereich der Webseite <https://dgrh.de/> veröffentlicht. Dies dient der Ermöglichung und der Optimierung der Kommunikation der Mitglieder untereinander. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, z.B. mit einer E-Mail an: info@dgrh.de. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie in den Datenschutzhinweisen für Mitglieder.

- für Rheumaakademie

- Ja**, ich bin damit einverstanden, dass die DGRh meinen Namen, meinen Titel, meine Dienstanschrift und meine dienstliche E-Mail-Adresse an die Rheumatologische Fortbildungsakademie GmbH übermittelt, damit diese mir Werbung und Informationen zu Veranstaltungen für DGRh-Mitglieder postalisch oder per E-mail zusenden kann.
- Ja**, ich bin damit einverstanden, dass die DGRh meinen Namen, meinen Titel, meine Privatanschrift und meine private E-Mail-Adresse an die Rheumatologische Fortbildungsakademie GmbH übermittelt, damit diese mir Werbung und Informationen zu Veranstaltungen für DGRh-Mitglieder postalisch oder per E-mail zusenden kann. *Sie können auch beide Anschriften auswählen.*

Diese Einwilligungen sind freiwillig und können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, z.B. mit einer E-Mail an: info@dgrh.de. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie in den Datenschutzhinweisen für Mitglieder.

- für den offenen Bereich der Webseite (falls die DGRh ihre Webseite um einen Bereich „Arzt suche“ erweitert)

- Ja**, ich bin damit einverstanden, dass mein Name, mein Titel und meine Dienstadresse zum Zwecke der Veröffentlichung dem Bereich „Arzt suche“ der Webseite <https://dgrh.de/> verwendet wird. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, z.B. mit einer E-Mail an: info@dgrh.de. Informationen zum Datenschutz finden Sie in den Datenschutzhinweisen für Mitglieder.

Übernahme der Bürgerschaft

Satzungsgemäß **muss** der Aufnahmeantrag von **2 Bürgen, die bereits Mitglied der DGRh sind**, unterstützt werden.

1. Bürge

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

2. Bürge

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Stempel, Unterschrift

Stempel, Unterschrift

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Bitte zurücksenden an:

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. | Geschäftsstelle, Wilhelmine-Gemberg-Weg 6, Aufg. C | 10179 Berlin | info@dgrh.de