



Sportärztebund Baden (SÄB) e.V.

Landesverband der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP)

Aufnahmeantrag in den Sportärztebund Baden e. V. (Bitte in Druckschrift ausfüllen)

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft ab..... (Monat/Jahr)

.....

Titel Name

Vorname

<p>Anschrift:</p> <p>Straße:Nr.....</p> <p>PLZ: Ort:</p> <p>Tel.:</p> <p>Fax:</p> <p>Mobil</p> <p>E-Mail:</p>	<p>Geburtsdatum</p> <p>Niedergelassen [] Beamter []</p> <p>Angestellter [] Nicht tätig []</p> <p>Approbation seit</p> <p>Facharzt:</p> <p>Zusatzbezeichnung Sportmedizin: ja []</p> <p>Weitere Zusatzbezeichnungen: ja [] welche.....</p>
--	---

Der Jahresbeitrag für ordentliche Mitglieder beträgt 65,00 €. In diesem ist das Abonnement der „Deutschen Zeitschrift für Sportmedizin“ enthalten.

Wechsel von einem anderen Landesverband? (von welchem?).....

_____ Datum

_____ Unterschrift

Wir bitten Sie den Jahresmitgliedsbeitrag mittels SEPA-Lastschrift abbuchen zu lassen.

Ich ermächtige den Sportärztebund Baden (SÄB) e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen und weise zugleich mein Kreditinstitut an, diese 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.

Kreditinstitut (Name) _____

BIC _ _ _ _ _ | _ _ _ _

IBAN: **DE** _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Datum, Ort und Unterschrift _____

Gerne können Sie uns weitere Informationen (z. B. Privat-/Dienstadresse etc.) zusätzlich mitteilen

**Geschäftsstelle DGSP; Anne Engel, Klinik Rotes Kreuz, Königswarter Straße 16, 60316 Frankfurt/Main
Tel.: 069/4071-412; Fax: 069/4071-859, E-Mail: dgsp@dgsp.de, DGSP Homepage: www.dgsp.de**