



# 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><b>Anschrift:</b></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:**                **D E** \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

**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**