



# Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin

DGV e. V.  
Mitgliederverwaltung  
c/o Doris Listemann  
Dossstrasse 6, 12621 Berlin

Fax: 030 – 5302 1985  
Mail: [mitgliedschaft@verbrennungsmedizin.de](mailto:mitgliedschaft@verbrennungsmedizin.de)

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich .....  
Titel Vorname Name

geboren am ..... in ..... die Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin  
als  Ordentliches (Facharzt)  Außerordentliches Mitglied  Förder-Mitglied  
 die Umwandlung Außerordentlich → Ordentlich

### DIENST:

.....  
Krankenhaus / Praxis / Firma

.....  
Klinik / Abteilung

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
Land, PLZ, Ort

.....  
Telefon

.....  
Fax

.....  
Mobil

.....  
dienstliche E-Mail-Adresse\*

.....  
Gebietsbezeichnung

.....  
Position / Tätigkeit

Facharzt für .....:  ja, erworben im ..... / .....  nein  
Monat Jahr

### PRIVAT:

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
PLZ, Ort, Land

.....  
Telefon

.....  
Mobil

.....  
private E-Mail-Adresse\* (\*Für die Korrespondenz ist die Angabe mind. einer E-Mail-Adresse notwendig!)

**Die Satzung der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin e.V. erkenne ich an.**

[\(einzusehen unter www.verbrennungsmedizin.de\)](http://www.verbrennungsmedizin.de)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift



# Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin

## Einverständniserklärung zur zweckgebundenen Datenspeicherung und Datennutzung / Datenschutz

Die DGV erhebt, speichert, verarbeitet und nutzt Ihre o. a. Daten zur Erfüllung der Vereinsziele und zu Ihrer Betreuung im Rahmen der Mitgliederverwaltung, ggf. auch unter Einsatz von externen Dienstleistern. Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1b DSGVO (Umsetzung der Rechte und Pflichten der Mitgliedschaft entsprechend der Satzung der DGV e.V.). Soweit Sie eine E-Mail-Adresse angegeben haben, wird die vereinsinterne Kommunikation, sofern möglich, elektronisch über diese E-Mail-Adresse ausgeführt (z.B. Zusendung von Informationen über fachbezogene Veranstaltungen, Einladung zur Mitgliederversammlung). Eine Weitergabe Ihrer persönlichen Daten an andere Stellen erfolgt nicht. An jeden Dritten werden jeweils so wenige Daten wie möglich weitergegeben.

Die detaillierte Datenschutzerklärung der DGV finden Sie auf der Website: [www.verbrennungsmedizin.de](http://www.verbrennungsmedizin.de).

Die Verwendung Ihrer Angaben können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der DGV per Mail an [info@verbrennungsmedizin.de](mailto:info@verbrennungsmedizin.de) oder in Schriftform an die Postadresse der DGV: Luisenstraße 58-59, 10117 Berlin ohne Angabe von Gründen widerrufen. Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten so lange, wie es für die Umsetzung Ihrer Mitgliedschaft in der DGV unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen erforderlich ist. Teilweise werden Ihre Daten unmittelbar nach Ende der Mitgliedschaft gelöscht (z.B. Bankverbindung), teilweise für 10 Jahre aufbewahrt (z.B. Mitgliedsrechnungen). Den für Archivzwecke erforderlichen Kernbestand der Mitgliedsdaten speichern wir auch über das Ende Ihrer Mitgliedschaft hinaus. Sie können jederzeit nach Maßgabe des Art. 15 DSGVO Auskunft von uns über die zu Ihrer Person gespeicherten personenbezogenen Daten verlangen. Anfragen und Informationen zu Ihren Rechten gemäß Art. 12-21 DSGVO werden Ihnen umgehend von der DGV-Geschäftsstelle gesandt. Ihnen stehen darüber hinaus weitere Rechte als betroffene Person, insbesondere das Recht auf Berichtigung, Löschung (Recht auf Vergessenwerden, soweit nicht aus zwingenden rechtlichen Gründen eine Verpflichtung besteht, diese Daten weiter zu verarbeiten), Sperrung (Einschränkung der Datenverarbeitung), Widerspruch und Datenübertragbarkeit, entsprechend den Vorgaben in Art. 12-21 DSGVO zu. Sie können sich jederzeit per E-Mail an [info@verbrennungsmedizin.de](mailto:info@verbrennungsmedizin.de) wenden. Ihnen steht auch ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde, dem Berliner Datenschutzbeauftragten, zu.

Ja, ich willige der Verarbeitung ein                       Nein, ich willige der Verarbeitung nicht ein

Ihre Daten werden an die wissenschaftliche Gesellschaft EBA zur Organisation von satzungsgemäßen Mitgliedsleistungen (z. B. ermäßigter Kongressbeitrag aufgrund Ihrer Gruppenmitgliedschaft durch die DGV) weitergegeben. Die EBA veröffentlicht die Daten auf Ihrer Website ([www.euroburn.org](http://www.euroburn.org)) im passwortgeschützten Mitgliederbereich.

Ja, ich willige der Weitergabe ein                       Nein, ich willige der Weitergabe nicht ein

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

### SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen:

*Ich ermächtige die Deutsche DGV e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.*

**Bitte beachten: Bei Rückbelastung werden Ihnen die Kosten in Rechnung gestellt.**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE45ZZZ00000304515

Kontoinhaber: .....

IBAN: .....

BIC: .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift



# Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin

Langenbeck-Virchow-Haus - Luisenstraße 58-59 - 10117 Berlin

www.verbrennungsmedizin.de – info@verbrennungsmedizin.de

## Bürgschaft:

*Nicht auszufüllen bei Antrag auf Förder-Mitgliedschaft!*

**Die Unterschriften von 3 Ordentlichen Mitgliedern der DGV,  
davon mind. 1 Ordentliches Mitglied der DGPRÄC  
sind erforderlich.**

Ich übernehme die Bürgschaft für Frau/Herrn .....

und empfehle der Gesellschaft ihre/seine Aufnahme als Mitglied bzw. die Umwandlung des Mitgliedstatus.  
Der / die AntragstellerIn ist mir persönlich bekannt. Gegen die Aufnahme als Mitglied / Umwandlung bestehen von  
meiner Seite aus keine Bedenken.

.....	.....	.....
Bürge 1: Vorname, Name (in Klarschrift)	Ort, Datum	Unterschrift

Ich bin Ordentliches Mitglied der DGPRÄC

.....	.....	.....
Bürge 2: Vorname, Name (in Klarschrift)	Ort, Datum	Unterschrift

Ich bin Ordentliches Mitglied der DGPRÄC

.....	.....	.....
Bürge 3: Vorname, Name (in Klarschrift)	Ort, Datum	Unterschrift

Ich bin Ordentliches Mitglied der DGPRÄC

Deutsche Apotheker- und Ärztebank - BIC: DAAEDEDXXX – IBAN: DE07 3006 0601 0003 7180 42