



DGU Geschäftsstelle  
Mitgliederverwaltung  
Straße des 17. Juni 106-108  
10623 Berlin

Fax: 030 - 340 60 36 21  
Mail: mitglieder@dgou.de

## Aufnahmeantrag

Ich bin bereits Mitglied in der  DGOU  DGOOC MG-Nr. (falls zur Hand) .....

Hiermit beantrage ich .....  
Titel Vorname Name

geboren am ..... die Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) als ordentliches bzw. außerordentliches Mitglied (Student).

Bitte nutzen Sie für den Schriftverkehr:  Dienstadresse  Privatadresse

### DIENST:

.....  
Krankenhaus/Praxis

.....  
Klinik/Abteilung

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
PLZ, Ort, Land

.....  
Telefon

.....  
Mobil

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

.....  
Position/Tätigkeit

**Studenten, Assistenz-, Fach-, Funktionsoberärzte, nichtärztlich Tätige ohne ltd. Funktion bitte Bescheinigung für den ermäßigten Beitrag ([www.dgou.de](http://www.dgou.de)) beifügen und jährlich bis spätestens 31.3. einreichen!**

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie:  ja, erworben im /  nein  
(Monat/Jahr)

### PRIVAT:

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
PLZ, Ort, Land

.....  
Telefon

.....  
Mobil

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

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

(<http://www.dgu-online.de/ueber-uns/ueber-uns.html>). Auf den Beginn der Beitragspflicht bin ich hingewiesen worden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift



### Einverständniserklärung zum Datenschutz

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die DGU meine persönlichen Daten für Mitgliedsinformationen an mich nutzen darf. Ebenso willige ich ein, dass meine Adressdaten an Dienstleister, die für die DGU tätig werden, weitergegeben werden, u. a. an die Firma **Intercongress** für den Versand von Informationen bezüglich des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU), des Weiteren an den **Springer-Verlag** für den Versand der Mitgliederzeitschrift „Orthopädie und Unfallchirurgie Mitteilungen und Nachrichten“ (OUMN) sowie an wissenschaftliche Gesellschaften, in denen die DGU/DGOU Mitglied ist, für **Umfragen**. Eine vollständige Liste dieser Dienstleister erhalte ich auf Anfrage. Eine Weitergabe meiner persönlichen Daten an andere Stellen erfolgt nicht. Anfragen und Informationen zu meinen Rechten gemäß Artikel 12-21 EU-DSGVO werden mir umgehend von der DGU-Geschäftsstelle gesandt oder es wird mir ein entsprechender Ansprechpartner mitgeteilt.

ja, ich willige ein       nein, ich willige nicht ein

Ich erhalte den monatlichen Newsletter der DGOU/DGOOC/DGU per E-Mail:

ja, ich willige ein       nein, ich willige nicht ein

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

### Bürgschaft (Die Unterschriften von 2 DGU-Mitgliedern sind erforderlich.)

Ich übernehme die Bürgschaft für Frau/Herrn .....  
und empfehle der Gesellschaft ihre/seine Aufnahme als Mitglied.

.....  
Bürge 1: Titel, Vorname, Name (in Klarschrift)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

.....  
Bürge 2: Titel, Vorname, Name (in Klarschrift)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

### SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen:

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

#### Beachten Sie:

Bei Rückbelastung werden Ihnen die Kosten in Rechnung gestellt.

Bei Nichtteilnahme am Einzugsverfahren (Überweisung) wird eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 10,00 € fällig. Ermäßigte Beiträge können nur gewährt werden, wenn uns eine entsprechende Ermäßigungsbescheinigung vorliegt (bitte dem Antrag beifügen und ggf. in den Folgejahren jährlich bis 31.03. einreichen).

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE98ZZZ00000518610

Kontoinhaber: .....

Straße, Hausnr.: .....

PLZ, Ort: .....

IBAN: .....

BIC: .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift