

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:*

Dienstanschrift 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
- Medizinische Assistenzberufe
 Ergotherapeut/in
 Physiotherapeut/in
 Med. Fachangestellte/r
- 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:

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.

Beitrag*

Der Beitrag beträgt im Normaltarif: 149,- € 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 74,50€ 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.

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.

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.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

IBAN input field

IBAN

BIC input field

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 veröffentlicht.

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.

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.

Diese Einwilligungen sind freiwillig und können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

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

Ja, ich bin damit einverstanden, dass mein Name, mein Titel und meine Dienstadresse zum Zwecke der Veröffentlichung dem Bereich „Arztuche“ der Webseite verwendet wird.

Übernahme der Bürgschaft

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

1. Bürge

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Stempel, Unterschrift

2. Bürge

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

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