

AIOD Deutschland e.V.  
Sekretariat  
Postfach 210 135  
45065 Essen

## AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als **förderndes Mitglied**. Mein wissenschaftlicher Werdegang ist beigefügt. Die Satzung der AIOD Deutschland sowie das Beiblatt „Informationen zur Mitgliedschaft“ erkenne ich hiermit an.

### Personalien des Antragstellers:

Name : \_\_\_\_\_

Vorname : \_\_\_\_\_

Titel : \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Straße (priv.) \_\_\_\_\_

PLZ/Ort (priv.) \_\_\_\_\_

Email (priv.): \_\_\_\_\_

Email (dienstl.) \_\_\_\_\_

Funktion :    Chefarzt     Ltd. OA     OA     Assistenzarzt

Fachgebiet :    Unfallchirurgie     Orthopädie     Sonstiges \_\_\_\_\_

**Dienstanschrift mit Tel. Nr.:**

---

---

---

Mitgliedschaften in anderen wissenschaftlichen Gesellschaften, Berufsorganisationen, medizinisch-wissenschaftlichen Arbeitsgemeinschaften oder technischen Komitees

Welche : 

---

---

---

Ort, Datum

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift stimme ich den u. g. Hinweisen zum Datenschutz zu.

Fördernde Mitglieder entrichten einen Jahresbeitrag i. H. v. 50,00 Euro.  
Der Beitrag wird zur Jahresmitte eingezogen.  
Die Mitgliedschaft beginnt mit dem ersten Tag des auf die positive Entscheidung des Vorstands über den Aufnahmeantrag folgenden Monats.

**Datenschutzhinweise:**

*Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail-Adresse.*

*Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.*

*Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien z. B. in unserer Vereinssoftware SEWOBE gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Namen, Adressen, Telefonnummern, Email-Adressen und Kontodaten.*

## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch SEPA-Lastschrift

Zahlungsempfänger

AIOD Deutschland e. V.  
Postfach 210135  
45065 Essen

*Gläubiger-Identifikationsnummer DE37ZZZ00001508041*

Das Lastschriftmandat wird durch Ihre Mandatsreferenz und die AIOD-Gläubiger-Identifikationsnummer gekennzeichnet.

### SEPA-Lastschriftmandat einer wiederkehrenden Lastschrift

Ich ermächtige den AIOD Deutschland e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift bei Fälligkeit einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom AIOD e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

\_\_\_\_\_ Kontoinhaber  
\_\_\_\_\_ Straße und Hausnummer  
\_\_\_\_\_ Postleitzahl und Ort  
\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ Kreditinstitut (Name und BIC)  
DE \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |\_\_ IBAN

\_\_\_\_\_ Datum, Ort und Unterschrift

**FAX: 0201-4260240**

**MAIL: info@aiod-ev.de**