

# Antrag

auf Mitgliedschaft in der  
Gesellschaft Deutschsprachiger Lymphologen e.V. (GDL e.V.)

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Gesellschaft Deutschsprachiger Lymphologen e.V. ab:

O 01. Januar des Jahres \_\_\_\_\_ O 01. Juli des Jahres \_\_\_\_\_

Der gegenwärtige Jahresbeitrag **einschließlich** Bezugsgeld für die Zeitschrift „Lymphologie in Forschung und Praxis“ (2 Hefte pro Jahr) beträgt:

- O Gruppe 1: 60,00 Euro für ordentliche Mitglieder
- O Gruppe 2: 45,00 Euro für außerordentliche Mitglieder
- O Gruppe 3: 25,00 Euro für Doppelmitglieder (DGL, Zeitschrift über DGL)

Bei Mitgliedschaft ab 01. Juli ist im Eintrittsjahr der halbe Beitragssatz zu entrichten.

Titel \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Fachrichtung \_\_\_\_\_

Praxis / Klinik \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort, Land \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil (wird nicht veröffentlicht) \_\_\_\_\_

Email (wird nicht veröffentlicht) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# SEPA - Lastschrift

Gesellschaft Deutschsprachiger Lymphologen e.V.  
(GDL e.V.)

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE32ZZZ00001075705**  
Mandatsreferenz: (wird vom GDL e.V. vergeben)

Hiermit ermächtige ich die **Gesellschaft Deutschsprachiger Lymphologen e.V.**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gesellschaft Deutschsprachiger Lymphologen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die (Rück)-Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

Vorname und Nachname (Mitglied: nur falls nicht identisch mit Kontoinhaber)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort, Land

IBAN

BIC

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

## Datenschutzerklärung

Die von Ihnen erhobenen Daten dienen der Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft in der Gesellschaft Deutschsprachiger Lymphologen e.V.

Die Nutzung und eventuelle Weitergabe Ihrer Adresse erfolgt nur insoweit es für die Gesellschaftsaktivität notwendig ist (Versand Jahresbeiträge, Journalheft, Kongressinformationen, Bankverbindungen usw.)

Es erfolgt keine Weitergabe Ihrer Personendaten an Dritte zu kommerziellen oder anderen, nicht gesellschaftsverbundenen Zwecken.

## Einwilligungserklärung

Ich bin darüber informiert worden (siehe obigen Absatz) zu welchem Zwecke meine personengebundenen Daten verarbeitet werden.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift