



# Deutsche Gesellschaft für Maritime Medizin e.V.

## Antrag auf Mitgliedschaft

**Titel / Vorname**

**Nachname**

**Geburtsdatum**

**Straße / Hausnummer**

**Postleitzahl / Wohnort**

**E-Mail-Adresse**

**Telefon (für Rückfragen)**

**Motivation des Beitritts**

Bitte in Druckschrift ausfüllen. Die **fettgedruckten** Angaben sind für die Anmeldung zwingend erforderlich.

### **Bezug der Thieme – Fachzeitschrift Flug-, Tropen- und Reisemedizin sowie Datenschutzerklärung**

Mitglieder der DGMM e.V. erhalten ein kostenfreies Abonnement der o.g. Zeitschrift (6 Ausgaben pro Jahr). Um die Zusendung zu ermöglichen, benötigen wir Ihr Einverständnis zur Mitteilung Ihrer Kontaktdaten an den Thieme-Verlag.

- Ja, ich möchte die Thieme-Fachzeitschrift Flug-, Tropen- und Reisemedizin erhalten und bin mit der Weitergabe meiner Kontaktdaten an den Thieme-Verlag einverstanden.

Zur Erstellung des Mitgliederverzeichnisses benötigen wir Ihr Einverständnis zur Nennung von Titel, Vor- und Nachname sowie PLZ und Wohnort. Alle weiteren Daten werden lediglich zur internen Vereinsverwaltung verwendet.

- Ja, ich bin mit der Verwendung der genannten Daten im Rahmen der Erstellung eines Mitgliederverzeichnisses einverstanden.

### **SEPA – Lastschriftmandat** (Um den Jahresbeitrag von Ihrem Konto einziehen zu können, benötigen wir Ihr Einverständnis)

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Gesellschaft für Maritime Medizin e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGMM e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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. Die DGMM e.V. hat die Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE02ZZZ00000561175**. Meine **Mandatsreferenz wird mir separat mitgeteilt**.

**Kontoinhaber:**

(Vorname, Name)

**Straße / Hausnr.:**

**PLZ / Ort:**

**Kreditinstitut:**

**IBAN / BIC:**

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber

**Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Maritime Medizin e.V.**

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte senden Sie den ausgefüllten und **unterscribenen** Antrag ...

... per Email an: [info@maritimmedizin.de](mailto:info@maritimmedizin.de) oder

... per Post an: DGMM e.V., Seewartenstraße 10, Haus 1, 20459 Hamburg