

---

## Antrag auf Mitgliedschaft

Informationen und Formulare zur Mitgliedschaft finden Sie auf [www.daefga.de](http://www.daefga.de). Ihre Fragen zur Mitgliedschaft beantworten wir gerne (Mo.-Do. 09:00-12:00 Uhr). Tel. 089 / 710 05-24

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Deutschen Ärztesgesellschaft für Akupunktur e.V. (DÄGfA)

1 **Name und Titel**  Herr  Frau Titel\* \_\_\_\_\_

\*Genaue Titelbezeichnung,  
z.B. Dr. med., Dr. med. univ.,  
Dr. med. dent., M.D., M.Sc., etc.

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

---

2 **Daten zur Person** Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Approbationsjahr \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

---

3 **Art der Mitgliedschaft**  Vollmitglied (110 Euro/Jahr)

\*Nachweise für Ermäßigungen  
bitte mit einreichen.

Rentner\* (55 Euro/Jahr)  Student\* (25 Euro/Jahr)

---

4 **Beginn der Mitgliedschaft ab**  Januar  Juli Jahr \_\_\_\_\_

---

5 **Beruf/Studium**  Humanmedizin  Zahnmedizin  Veterinärmedizin  
 Anderer akademischer Beruf  Student

Facharzt für \_\_\_\_\_

Assistent in Weiterbildung zu \_\_\_\_\_

---

- 6 **Ausbildung in Akupunktur/TCM**  Ich bin Anfänger  Ich habe ein A-Diplom (G1-G15)\*
- \*Bitte Urkunde in Kopie beilegen  Ich habe die Zusatzbezeichnung Akupunktur einer deutschen Ärztekammer\*
- Ich habe eine Zertifizierung einer anderen ärztlichen Fachgesellschaft\*

- 7  Ja, ich möchte zudem den DÄGfA-Newsletter mit aktuellen Informationen rund um die Akupunktur und Traditionelle Chinesische Medizin, neuesten Studienergebnissen, interessanten Kongressen, spannenden Fort- und Weiterbildungen, wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Nachrichten sowie aktuellen Vereinsangelegenheiten erhalten. Für den Empfang des Newsletters ist die Angabe einer E-Mail-Adresse ausreichend. Die Angabe weiterer Daten ist freiwillig und wird verwendet, um Sie persönlich ansprechen zu können.
- Die Abmeldung ist jederzeit möglich, zum Beispiel über einen Link am Ende eines jeden Newsletters. Alternativ können Sie Ihren Abmeldewunsch gerne jederzeit per E-Mail an [fz@daefga.de](mailto:fz@daefga.de) senden. Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten verweisen wir auf die unter [www.daefga.de/datenschutz](http://www.daefga.de/datenschutz) abrufbaren Datenschutzhinweise der DÄGfA.

- 8  Mit der Zusendung des ausgefüllten Antrages auf Mitgliedschaft erkläre ich mich mit der Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten nach Maßgabe der unter [www.daefga.de/datenschutz](http://www.daefga.de/datenschutz) abrufbaren Datenschutzhinweise der DÄGfA einverstanden, sofern eine Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 lit. a DS-GVO erforderlich ist. Ferner bestätige ich, dass ich die unter [www.daefga.de/datenschutz](http://www.daefga.de/datenschutz) abrufbaren Datenschutzhinweise der DÄGfA zur Kenntnis genommen habe.

### Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftmandat

- 9  Hiermit ermächtige ich die DÄGfA mit der Gläubiger-Identifikationsnummer DE 194584087 widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DÄGfA auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Ermächtigung kann ich jederzeit widerrufen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

**Kontoinhaber** \_\_\_\_\_

**Kreditinstitut** \_\_\_\_\_

**IBAN** \_\_\_\_\_

International Bank  
Account Number

**BIC** \_\_\_\_\_

Business  
Identifier Code

- 10  Mit der Zusendung der ausgefüllten und unterzeichneten Einzugsermächtigung – SEPA Lastschriftmandat erkläre ich mich mit der Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten nach Maßgabe der unter [www.daefga.de/datenschutz](http://www.daefga.de/datenschutz) abrufbaren Datenschutzhinweise der DÄGfA einverstanden, sofern eine Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 lit. a DS-GVO erforderlich ist. Ferner bestätige ich, dass ich die Datenschutzhinweise der DÄGfA zur Kenntnis genommen habe.

11 Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_