# Aufnahmeantrag DGNC

Bitte in Druckschrift ausfüllen und vorzugsweise eingescannt per E-Mail senden.
Diesem Antrag sind folgende Unterlagen als Anlage beizufügen:

**Außerordentliche Mitgliedschaft:**
Lebenslauf, 2 Bürgschaften (Originale), Approbationsurkunde (Kopie)
**Ordentliche Mitgliedschaft:**
Lebenslauf, 2 Bürgschaften (Originale), Approbationsurkunde (Kopie), Facharztanerkennung (Kopie), (fakultativ: Promotions- und Habilitationsurkunde)
**Studentische Mitgliedschaft:**
Lebenslauf, 2 Bürgschaften (Originale), Studienbescheinigung (Kopie - Nachweis alle 2 Jahre)

Die Angabe einer **gültigen E-Mail-Adresse** ist für die Bearbeitung des Antrags erforderlich!

**Kontakt:**
DGNC - Geschäftsstelle
c/o Conventus Congressmanagement und Marketing GmbH
Carl-Pulfrich-Straße 1
07745 Jena
Telefon: +49 (0)3641 31 16-460
E-Mail: gs@dgnc.de
Internet: www.dgnc.de

DGNC
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie

Formular drucken

## Persönliche Angaben

Anrede (m/w/d) | Akademischer Grad | Staatsexamen am | Promotion am

Vorname | Approbation am | Habilitation am

Nachname | Facharztanerkennung Neurochirurgie am

Geburtsdatum | Sonstige Facharztanerkennung(en)

## Tätigkeit/Funktion

- ◯ Ordinarius/Ordinaria
- ◯ Sektionsleiter/Sektionsleiterin
- ◯ niedergelassene/r Ärztin/Arzt
- ◯ Klinikleiter/Klinikleiterin
- ◯ Chefarzt/Chefärztin
- ◯ Oberarzt/Oberärztin
- ◯ Facharzt/Fachärztin
- ◯ Assistenzarzt/ärztin in Weiterbildung
- ◯ Student/Studentin
- ◯ Arzt/Ärztin aus anderem Fachgebiet
- ◯ Ruhestand (ohne ärztl. Tätigkeit)
- ◯ nichtärztliches Mitglied

## Dienstliche Daten: Anschrift/Kommunikation

Einrichtung/Universität/Klinik | Abteilung

Straße/ Nr. | PLZ | Ort

E-Mail | Telefon | Telefax

## Private Daten: Anschrift/Kommunikation

Straße/ Nr. | PLZ | Ort

E-Mail | Telefon | Telefax

## Kommunikationswunsch

bevorzugte Kontaktaufnahme ◯ dienstlich ◯ privat

## Versandadresse für die Zeitschrift Zentralblatt für Neurochirurgie*

bevorzugte Versandart ◯ dienstlich ◯ privat

*Bezug ausgeschlossen bei studentischer Mitgliedschaft!

# Aufnahmeantrag DGNC

**Kontakt:**
DGNC - Geschäftsstelle
c/o Conventus Congressmanagement und Marketing GmbH
Carl-Pulfrich-Straße 1
07745 Jena
Telefon: +49 (0)3641 31 16-460
E-Mail: gs@dgnc.de
Internet: www.dgnc.de

DGNC
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie

Formular drucken

## Persönliche Angaben (Wdhl. für Zuordnung)

Vorname _____ Nachname _____ Geburtsdatum _____

## Beantragung der Mitgliedschaft in der DGNC e. V.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e.V.:

- ◯ ordentliches Mitglied (selbstständig)
- ◯ ordentliches Mitglied (nicht selbstständig)
- ◯ außerordentliches Mitglied
- ◯ studentisches Mitglied (beitragsfrei)

Name 1. Bürge* _____ Name 2. Bürge* _____

*Die schriftliche, formlose Stellungnahme der Bürgen ist erforderlich und dem Antrag separat beizulegen. Vom Inhalt der Satzung und der Geschäftsordnung habe ich Kenntnis genommen.

## Mitgliedschaft in der DGNI

Ich beantrage die Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin: ◯ ja ◯ nein

◯ Ich verpflichte mich, für mindestens 2 Jahre Mitglied der DGNI zu bleiben.
In diesem Fall reduziert sich der Mitgliedsbeitrag der DGNC im 1. Jahr um 30 € (gilt nicht für studentische Mitgliedschaft).

Vom Inhalt der Satzung und der aktuellen Beitragsordnung der DGNI habe ich Kenntnis genommen.

## Mitgliedschaft in der DGCH

Ich beantrage die Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie: ◯ ja ◯ nein

◯ Ich verpflichte mich, für mindestens 3 Jahre Mitglied der DGCH zu bleiben.
In diesem Fall reduziert sich der Mitgliedsbeitrag der DGNC im 1. Jahr um 25 € (gilt nicht für studentische Mitgliedschaft).

Vom Inhalt der Satzung und der aktuellen Beitragsordnung der DGCH habe ich Kenntnis genommen.

## Zahlung des Mitgliedsbeitrags

◯ Überweisung ◯ SEPA-Lastschrift-Mandat

E-Mail-Adresse für Rechnungsversand _____

Bei Auswahl von SEPA-Lastschrift-Mandat erhalten Sie, mit Bestätigung Ihrer Mitgliedschaft, ein Formular zur Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats.

## Datenschutzerklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass nach meiner Aufnahme in die DGNC meine gewünschten Daten wie nachfolgend beschrieben genutzt werden:
Wir erheben, verarbeiten und nutzen Ihre Daten zur Erfüllung der Vereinsziele wie z.B. Beitragserhebung, Zugangseinrichtung zum Mitgliederbereich, zur Veröffentlichung im passwortgeschützten internen Mitgliederbereich auf der Homepage der DGNC: www.dgnc.de oder für den Versand von Informationsmaterial, ggf. auch unter Einsatz von Dienstleistern. Soweit Sie eine E-Mail-Adresse angegeben haben, werden wir Sie, soweit möglich, elektronisch anschreiben.
Wir geben Ihre Daten zur Organisation von Mitgliedsleistungen an Kooperationspartner weiter. Zum Beispiel zum Versand von Fachzeitschriften durch den Georg Thieme Verlag oder zur Organisation des jährlichen DGNC-Kongresses durch die Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH bzw. an unsere Neurochirurgische Akademie, sowie an die DGCH und DGNI. Dabei werden jeweils so wenige Daten wie möglich weitergegeben. Eine darüber hinausgehende Weitergabe an Dritte für Werbezwecke findet nicht statt. Die Verwendung Ihrer freiwilligen Angaben, soweit sie nicht für Abrechnungszwecke erforderlich sind, können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie unter den angegebenen Kontaktdaten bzw. gs@dgnc.de widerrufen.

Ort/Datum der Antragstellung _____ Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin _____

DGNC
Deutsche Gesellschaft
für Neurochirurgie

**DGNC - Geschäftsstelle**
**c/o Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH**
**Carl-Pulfrich-Straße 1**
**07745 Jena**