



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE e.V.

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als ordentliches Mitglied zum 01.01. _____

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
Titel _____ Dienststellung _____

Dienstliche Anschrift

Klinik / Krankenhaus / Praxis

Abteilung

Straße _____ PLZ _____ Ort _____
Telefon dienstlich _____ Telefax dienstlich _____ Land _____

Privatanschrift

Straße _____ PLZ _____ Ort _____
Telefon privat _____ Telefax privat _____ Land _____

Postsendungen bitte an die Praxis- / Klinikadresse Privatadresse

E-Mail - Adresse

Beruflicher Werdegang (bitte Jahreszahl eintragen)

Approbation: _____ Promotion: _____ Habilitation: _____ Professur: _____

Beginn Weiterbildung: _____
Monat _____ Jahr _____

Facharztqualifikation

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie/Allgemeine Chirurgie | <input type="checkbox"/> Thoraxchirurgie |
| <input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie/spez. Viszeralchir. | <input type="checkbox"/> Plastische Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie | <input type="checkbox"/> Kinderchirurgie |
| <input type="checkbox"/> Neurochirurgie | <input type="checkbox"/> Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie |
| <input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie | <input type="checkbox"/> Intensivmedizin |
| <input type="checkbox"/> Herzchirurgie | <input type="checkbox"/> Anästhesie |

Mitgliedschaft in anderen chirurgischen Fachgesellschaften

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DGAV | <input type="checkbox"/> DGT | <input type="checkbox"/> DGKCH |
| <input type="checkbox"/> DGU | <input type="checkbox"/> DGTHG | <input type="checkbox"/> DGNC |
| <input type="checkbox"/> DGOOC | <input type="checkbox"/> DGMKG | |
| <input type="checkbox"/> DGG | <input type="checkbox"/> DGPRÄC | |

Mitgliedsbeitrag:

Ordentliche Mitglieder 130,- €
ermäßigter Beitrag 65,- € (für Assistenzärzte in den ersten acht Jahren ihrer Weiterbildung)
Studenten beitragsfrei (bitte Immatrikulationsbescheinigung hinzufügen)

Durch diesen Aufnahme-Antrag erkläre ich mich mit der Satzung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (einzusehen unter www.dgch.de) einverstanden.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____



Titel

Name

Vorname

Einverständniserklärung zur zweckgebundenen Datenspeicherung und Datennutzung

Wir erheben, verarbeiten und nutzen Ihre Daten zur Erfüllung der Vereinsziele und zu Ihrer Betreuung im Rahmen der Mitgliedschaft, ggf. auch unter Einsatz von Dienstleistern. Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Umsetzung der Rechte und Pflichten der Mitgliedschaft entsprechend der Satzung der DGCH e.V.). Soweit Sie eine E-Mail-Adresse angegeben haben, wird die vereinsinterne Kommunikation soweit möglich elektronisch über diese E-Mail-Adresse ausgeführt (z.B. Zusendung des DGCH-Newsletters). Wir geben Ihre Daten zur Organisation von Mitgliedsleistungen an die folgenden Kooperationspartner: zum Versand von Mitglieder- und Fachzeitschriften, die Sie erhalten, an die schaefermueller publishing GmbH und den SpringerFachverlag sowie zur Organisation des jährlichen DGCH-Kongresses an die Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG. Die DGCH setzt auch externe Dienstleister bei der Verarbeitung Ihrer Daten ein, zum Beispiel zur Betreuung und zur Wartung unserer IT-Systeme.

An jeden Dienstleister und jeden Kooperationspartner werden jeweils so wenige Daten wie möglich weitergegeben. Die Verwendung Ihrer freiwilligen Angaben können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der DGCH unter www.dgch.de/kontakt oder in Schriftform an die o. g. Postadresse der DGCH widerrufen. Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten so lange, wie es für die Umsetzung Ihrer Mitgliedschaft in der DGCH unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen erforderlich ist. Teilweise werden Ihre Daten unmittelbar nach Ende der Mitgliedschaft gelöscht (z.B. Bankverbindung), teilweise für 10 Jahre aufbewahrt (z.B. Mitgliedsrechnungen). Den für Archivzwecke erforderlichen Kernbestand der Mitgliedsdaten speichern wir auch über das Ende Ihrer Mitgliedschaft hinaus. Sie können jederzeit nach Maßgabe des Art. 15 DSGVO Auskunft von uns über die zu Ihrer Person gespeicherten personenbezogenen Daten verlangen. Ihnen stehen darüber hinaus weitere Rechte der betroffenen Person, insbesondere das Recht auf Berichtigung, Löschung (Recht auf Vergessenwerden), Sperrung (Einschränkung der Datenverarbeitung), Widerspruch und Datenübertragbarkeit, entsprechend den Vorgaben in Art. 12 - 23 DSGVO zu. Sie können sich jederzeit an den Datenschutzbeauftragten DGCH, Herrn Frank Nelles, per E-Mail an datenschutz@h365.de wenden. Ihnen steht auch ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde, dem Berliner Datenschutzbeauftragten zu.

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz Grundverordnung (EU-DSGVO)

Die im Rahmen der Mitgliedschaft von Ihnen bei der DGCH angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum, die Darstellung der beruflichen Qualifikation dienen dem Zwecke der Mitgliedschaftsverwaltung und der damit verbundenen gezielten Betreuung. Ihre Daten werden bei der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. bis auf Widerruf gespeichert und verarbeitet. Bei einem Widerruf werden alle Daten gelöscht, bis auf jene Daten, die einer Rechtsnorm zur Folge aufbewahrt werden müssen.

Als Mitglied erhalten Sie quartalsweise eine Printausgabe der Mitgliederzeitschrift „Passion Chirurgie“, welche von der DGCH und dem BDC herausgegeben wird. Zum Datenabgleich, um doppelte Zusendungen zu vermeiden und dann für die Zustellung, erhält der BDC von der DGCH Ihren Namen, Ihre Adresse sowie Ihr Geburtsdatum. Nach dem Abgleich werden die Daten regelkonform vom Verarbeiter der Auftragsdaten vernichtet.

Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** (gem. Artikel 21 EU-DSGVO) Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit unverzüglicher Wirkung abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die DGCH übermitteln.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

- Ich willige ein, dass mir die DGCH **postalisch** fachbezogene Informationen übersendet.
- Ich willige ein, dass meine Postadresse/Kontaktadresse für die Zusendung der Mitgliederzeitschrift „Passion Chirurgie“ genutzt wird.
- Ich willige ein, dass mir die DGCH fachbezogene Informationen **per E-Mail** übersendet.
- Ich willige ein, dass mir die DGCH **den Newsletter** per E-Mail übersendet.
- Ich willige ein, dass meine Adressdaten im geschützten Mitgliederbereich der DGCH-Webseite im Mitgliederverzeichnis eingetragen werden.
- Ich willige ein, dass meine Adressdaten in geeigneter Form für die Zusendung von Veranstaltungsankündigungen/einladungen (fachbezogen) verwendet werden dürfen.

Ort

Datum

Unterschrift