



Antrag zur Aufnahme in die Gesellschaft der Algerischen Ärzte in Deutschland

طلب انتماء إلى جمعية الأطباء الجزائريين في ألمانيا

**Bitte das Formular vollständig, elektronisch oder gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen.
Bitte beachten Sie auch die Folgeseite!**

Name:

Vorname:

Titel:

weiblich

männlich

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Dienstaschrift

Institut:

Abteilung:

Station:

Straße:

Zusatz:

PLZ:

Stadt:

Land:

Tel:

Fax:

E-Mail*:

Privatanschrift

Straße:

Zusatz:

PLZ:

Stadt:

Land:

Tel:

Handy:

E-Mail

Korrespondenzanschrift:

Dienstaschrift

Privatanschrift

Fachbezogenen Daten

Gebiet:

Apothekerin / Apotheker

Fachgebiet:

Status:

Tätigkeit:

Andere Funktion:

*mindestens eine E-Mail-Adresse ist erforderlich

Vorsitzender: Mohamed Ijgua, Stellvertreter: PD Dr. med. Abdelhakim Allali
Sitz: Aalen- Eingetragenen beim AG Ulm unter VR721403, Steuernummer: 63089/13611
KSK Göppingen: IBAN: DE87 6105 0000 0049 0976 96

**Zustimmung Satzung*:**

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und die Beitragsordnung der GAÄD an und bestätige die Vollständigkeit sowie Richtigkeit meiner Angaben. Ich bin damit einverstanden, dass die GAÄD meine beruflichen Daten für administrative Zwecke speichert und verarbeitet. Die Neumitgliedschaft in der GAÄD gewährt einen Rabatt auf die Anmeldegebühren für das Jahrestreffen der GAÄD im ersten Jahr der Mitgliedschaft. Eine kostenreduzierte Kongressteilnahme ist an eine mindestens zweijährige Mitgliedschaft in der GAÄD gebunden. Der Antrag auf Mitgliedschaft kann innerhalb von 14 Tagen nach Vertragsschluss widerrufen werden. Dazu reicht eine Information an mitglied@gaaed.de. Der Austritt kann nur zum Ende eines Kalenderjahres erfolgen und ist dem Vorstand spätestens bis zum 31.12. des laufenden Jahres schriftlich mitzuteilen.

Mitgliedschaft und Beitrag

Beitrag pro Jahr gemäß Beitragsordnung: 50 Euro

Beitragseinzug:

Kreditinstitut:

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Eine Überweisung des Jahresbeitrags auf das Konto der GAÄD unter Angabe von Vor-, Nachnamen und Jahresbeitrag ist auch möglich

SEPA-Lastschriftmandat:

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die GAÄD (Gläubiger-ID: DE08ZZZ00002609707) widerruflich den jährlichen anfallenden Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen Zahlungsdienstleister an, die von der GAÄD von meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen. Anfallend Bankgebühren gehen zu Lasten des Mitglieds.

Datenschutz:

Zustimmung zur Datenspeicherung

Mit der Speicherung meiner Daten durch die GAÄD bin ich einverstanden. Diese Daten werden nur zu satzungsmäßigen Zwecken des Vereins verwendet; die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Antrag senden Sie bitte als Scan per E-Mail an mitglied@gaaed.de oder postalisch an die Gesellschaft der Algerischen Ärzte in Deutschland e. V. (GAÄD e. V.), Postfach 13 22, 73403 Aalen.

Datum

Ort

Unterschrift des Antragstellers

Vorsitzender: Mohamed Ijgua, Stellvertreter: PD Dr. med. Abdelhakim Allali
Sitz: Aalen- Eingetragenen beim AG Ulm unter VR721403, Steuernummer: 63089/13611
KSK Göppingen: IBAN: DE87 6105 0000 0049 0976 96