

Aufnahmeantrag

Mitgliedschaft
Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.



EbM-Netzwerk
Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.
Schumannstraße 9
10117 Berlin

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (EbM-Netzwerk)

Name

Titel

Vorname

Geburtsdatum

Privatanschrift

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

Dienstanschrift

Institution (Klinik, Praxis)

Abteilung

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

Bitte verwenden Sie für die Korrespondenz meine

Dienstanschrift

Privatanschrift

Ich stimme der Übermittlung meiner Daten (Name, Vorname und E-Mail-Adresse) an Elsevier für die Einrichtung eines Online-Accounts für die Zeitschrift ZEFQ zu.

Tätigkeitsbereich

- Arzt/Ärztin im ambulanten Bereich
 - Arzt/Ärztin im stationären Bereich
 - Arzt/Ärztin im wissenschaftlichen Bereich
 - Arzt/Ärztin im sonstigen Bereich (z. B. Verwaltung)
 - Pflegeberuf (ambulant/stationär)
 - Gesundheits- oder Pflegewissenschaftler/in
 - ehrenamtlich tätige/r Patientenvertreter/in
 - Sonstiges; bitte nennen:
-

Fachbereiche und fachbereichsübergreifende Arbeitsgruppen

Ich bin an einer aktiven Mitarbeit im EbM-Netzwerk interessiert und möchte folgendem/n Fachbereich/en (FB) und Arbeitsgruppen (AG) zugeordnet werden (mehrere Angaben sind möglich).

- | | |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> FB EbM in Aus,- Weiter- und Fortbildung | AG Klimawandel und Gesundheit |
| <input type="checkbox"/> FB EbM in Klinik und Praxis | AG Digitalisierung |
| <input type="checkbox"/> FB Ethik und EbM | |
| <input type="checkbox"/> FB Evidenzbasierte Pharmazie | |
| <input type="checkbox"/> FB Gesundheitsfachberufe | |
| <input type="checkbox"/> FB Health Technology Assessment - HTA | |
| <input type="checkbox"/> FB Informationsmanagement | |
| <input type="checkbox"/> FB Leitlinien | |
| <input type="checkbox"/> FB Methodik | |
| <input type="checkbox"/> FB Patienteninformation und Patientenbeteiligung | |
| <input type="checkbox"/> FB Public Health | |
| <input type="checkbox"/> FB Zahnmedizin | |

Datenschutzerklärung zur Mitgliedschaft im Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V.

Wir erheben, verarbeiten und nutzen Ihre Daten ausschließlich zur Erfüllung der Vereinsziele und zu Ihrer Betreuung im Rahmen der Mitgliedschaft. Soweit Sie eine E-Mail-Adresse angegeben haben, wird die vereinsinterne Kommunikation soweit möglich elektronisch ausgeführt, z.B. Zusendung der Beitragsrechnung oder des Newsletters. Wir geben Ihre Daten im Rahmen der satzungsgemäßen Aufgaben sowie zur Organisation von Mitgliedsleistungen an Dienstleister weiter, z.B. an die Kongressagentur zur Organisation der Jahrestagung. Dabei werden jeweils so wenige Daten wie nötig weitergegeben. Die Verwendung Ihrer freiwilligen Angaben können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem EbM-Netzwerk unter den angegebenen Kontaktdaten widerrufen. Das EbM-Netzwerk setzt auch externe Dienstleister bei der Verarbeitung Ihrer Daten ein, zum Beispiel zur Betreuung und zur Wartung unserer IT-Systeme. Nach Beendigung der Mitgliedschaft werden die Daten unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht.

Ort/Datum

Unterschrift

Mitgliedsbeitrag

- Als **Einzelmitglied** zahle ich EUR 120,- pro Jahr.¹
- Ich bin **Studierende/r** und zahle den ermäßigten Tarif in Höhe von EUR 50,- pro Jahr.
(Dem Antrag ist die Immatrikulationsbescheinigung beizulegen. Ausgenommen sind Doktoranden und berufsbegleitend Studierende.)
- Ich bin ehrenamtlich als **Patientenvertreter/in** tätig und zahle EUR 60,- pro Jahr.

Zahlungsart

- SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE93ZZZ00000646158**

Mandatsreferenz:

Mitgliedsnummer, wird vom EbM-Netzwerk vergeben

Hiermit ermächtige ich das Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (EbM-Netzwerk), Zahlungen für den Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom EbM-Netzwerk auf mein Konto gezogenen 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort/Datum

Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s)

- Überweisung**

Laut Vorstandsbeschluss vom 20.02.2019 fällt für Rechnungszahlung eine **Bearbeitungsgebühr in Höhe von 5,00 €** an.

Ich zahle den jährlichen Mitgliedsbeitrag per Rechnung. Bitte senden Sie die Rechnung an meine:

Dienstanschrift

Privatanschrift

¹ Mit jedem freiwillig über den Mitgliedsbeitrag hinaus gezahlten Betrag unterstützen Sie die Arbeit des Vereins.