

Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.

Bitte senden Sie diese Beitrittserklärung an:



Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.
Geschäftsstelle
Schumannstr. 9
10117 Berlin

Hiermit beantragen wir die Fördermitgliedschaft im Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.
zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Name der Institution

Ansprechpartner:in

(Titel) Name

Vorname

Funktion in der fördernden Institution

E-Mail-Adresse

Postanschrift

Institution

Ggf. Adresszusatz

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Fax

Internetadresse

Rechnungsanschrift (falls abweichend)

Institution

Ggf. Adresszusatz

Straße, Nr.

PLZ, Ort

ZEFQ - Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen

Die Mitgliedschaft umfasst einen Online-Zugang zur Zeitschrift ZEFQ (e-only).

- ☐ Der Online-Zugang soll für o.g. Ansprechpartner:in eingerichtet werden.
- ☐ Der Online-Zugang soll für eine/n andere/n Ansprechpartner:in eingerichtet werden. Nennen Sie in diesem Fall Name, Vorname, E-Mail-Adresse

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

Fachbereiche und Arbeitsgruppen

Wir sind an einer aktiven Mitarbeit im EbM-Netzwerk interessiert und möchten folgenden Fachbereichen und Arbeitsgruppen zugeordnet werden (mehrere Angaben sind möglich).

- | | |
|--|--|
| ☐ EbM in Aus,- Weiter- und Fortbildung | ☐ AG Klimawandel und Gesundheit |
| ☐ EbM in Klinik und Praxis | ☐ AG Digitalisierung |
| ☐ Ethik und EbM | |
| ☐ Evidenzbasierte Pharmazie | |
| ☐ Gesundheitsfachberufe | |
| ☐ Health Technology Assessment - HTA | |
| ☐ Informationsmanagement | |
| ☐ Leitlinien | |
| ☐ Methodik | |
| ☐ Patienteninformation und -beteiligung | |
| ☐ Public Health | |
| ☐ Zahnmedizin | |

Mitgliedsbeitrag

- ☐ **Wir zahlen einen jährlichen Förderbeitrag**
- ☐ als wissenschaftliche Fachgesellschaft / wissenschaftliches Institut / gemeinnütziger Verein in Höhe von 540,00 EUR
 - ☐ als Körperschaft/Einrichtung des Gesundheitswesens in Höhe von 1.080,00 EUR
 - ☐ als kommerzielles Unternehmen in Höhe von 1.800,00 EUR
- ☐ **Wir wählen einen über den Mindestbeitrag hinausgehenden jährlichen Beitrag (Spende) in Höhe von EUR.**
Die Gesamthöhe der Zuwendung kann maximal das Doppelte des regulären Beitragssatzes betragen.

Ort/Datum

Unterschrift

Zahlungsart

☐ **Überweisung**

Bitte senden Sie mir/uns eine Rechnung.

☐ **SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE93ZZZ00000646158

Mandatsreferenz:

(entspricht der Mitgliedsnummer, wird vom EbM-Netzwerk eingetragen)

Hiermit ermächtige ich das Deutsche 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 Nachname Kontoinhaber/in

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort/Datum

Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s)

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, u.a. erhalten Sie den Newsletter des EbM-Netzwerks. 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. Nach Beendigung der Mitgliedschaft werden die Daten unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht.

Ort/Datum

Unterschrift