

Aufnahmeantrag

Mitgliedschaft
Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.



Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.
Geschäftsstelle
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM)

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 senden Sie die Zeitschrift ZEFQ an meine

Dienstanschrift

Privatanschrift

Ich stimme der Übermittlung meiner Daten (vollständiger Name, Anschrift und E-Mail-Adresse) an die Elsevier GmbH zum Zwecke der Zustellung der 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
 - Sonstiges; bitte nennen:
-

Fachbereiche

Ich bin an einer aktiven Mitarbeit im DNEbM interessiert und möchte folgendem/n Fachbereich/en zugeordnet werden (mehrere Angaben sind möglich).

- EbM in Aus,- Weiter- und Fortbildung
- EbM in Klinik und Praxis
- Ethik und EbM
- Evidenzbasierte Pharmazie
- Gesundheitsfachberufe
- Health Technology Assessment - HTA
- Leitlinien
- Methodik
- Operative Fächer
- Patienteninformation und Patientenbeteiligung
- Public Health
- Zahnmedizin

Datenschutzerklärung zur Mitgliedschaft im Deutschen 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 DNEbM-Newsletter. Wir geben Ihre Daten im Rahmen der satzungsgemäßen Aufgaben sowie zur Organisation von Mitgliedsleistungen an Dienstleister weiter, zum Beispiel zum Versand der Zeitschrift ZEFQ durch den Elsevier Verlag oder zur Organisation des jährlichen EbM-Kongresses durch eine Kongressagentur. Dabei werden jeweils so wenige Daten wie nötig weitergegeben. Die Verwendung Ihrer freiwilligen Angaben können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem DNEbM unter den angegebenen Kontaktdaten widerrufen. 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 **Student/in** und zahle den ermäßigten Tarif in Höhe von EUR 50,- pro Jahr.
(Dem Antrag ist die Immatrikulationsbescheinigung beizulegen. Ausgenommen sind Doktoranden und berufsbegleitend Studierende.)

Zahlungsart

- SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE93ZZZ00000646158**

Mandatsreferenz:

Mitgliedsnummer, wird vom DNEbM vergeben

Hiermit ermächtige ich das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM), Zahlungen für den Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. 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**

~~/D9MDQGVEMFVPIIBEQQVDQLQ~~
DBLQVUUQQDQ

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. Informationen zu Spendenmöglichkeiten finden Sie auf unserer Internetseite.