



Antrag auf Mitgliedschaft / Application for membership

Mitgliedsnummer / Member's number

Titel / Title _____

Vorname / First Name _____

Nachname / Surname _____

Institution _____

Abteilung / Department _____

Position (AS/OA/CA) _____

Facharzt für / Medical Speciality _____

in Ausbildung zum / in education to _____

Postanschrift / Postal address _____

PLZ-Ort / PLZ-place _____

Tel _____ Fax _____

Mobil / Mobile _____

E-Mail _____

Hiermit beantrage ich die DAÄ® Mitgliedschaft / Application for DAÄ® membership.

Ort / Place

Datum / Date

Unterschrift/ Signature

Datenspeicherung : Hiermit erkläre ich mich mit der Speicherung und Verwertung meiner persönlichen Daten einverstanden. Die Verwertung der Daten beschränkt sich dabei auf organisatorische Zwecke im Rahmen der DAÄ®. Eine DAÄ® Mitgliederliste mit den oben aufgeführten persönlichen Daten wird jedem DAÄ® Mitglied zur Verfügung gestellt.

Data storage: Herewith I explain myself with the storage and utilization of my individual data agreed. Besides, the utilization of the data limits itself to organizational purposes within the framework of DAÄ®. DAÄ® membership list with the individual data specified at the top is placed at disposal for each DAÄ® member.

Ort / Place

Datum / Date

Unterschrift/ Signature

Für interne Zwecke / For internal purposes

Mitgliedschaft : zugestimmt am / agreed in _____
 Daten in Mitgliederliste übernommen
 Mitgliedschaft schriftlich mitgeteilt
 abgelehnt am _____ Grund / reason _____

Adresse : c/o BG Unfallkrankenhaus Hamburg -Haus 2/ Bergedorfer Straße 10, 21033- Hamburg- Deutschland.

Tel: 0049-40 73 06 17 70 / 0049-152 05 200 899, Fax: 0049-40 75 11 79 74

E-mail: daae@online.ms – contact@daae-ev.org – Web : www.daae-ev.org