Aufnahmeantrag

in die Deutsche Gesellschaft für Audiologie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Audiologie e.V.
Geschäftsstelle
c/o Hörzentrum Oldenburg gGmbH
D - 26129 Oldenburg

Telefon: +49 441 2172 – 500
Telefax: +49 441 2172 – 550
E-Mail: dga@hz-ol.de

☐ Neuaufnahme ☐ Änderungsmeldung gültig ab Tag Mon. Jahr

Bei der Änderungsmeldung bitte nur die zu ändernden Daten und die Mitgliedsnummer einsetzen. **Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen**!

Mitglieds-Nr.

Nachname Geburtsdatum (Tag Mon. Jahr)

Vorname Geschlecht (W/M/D)

Akademische(r) Grad(e)

Universität / Firma

Institut / Klinik / Abteilung

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Straße (Privatadresse) Hausnummer

PLZ (Privatadresse) Ort (Privatadresse)

Staatsangehörigkeit

Telefon E-Mail

Ordentliche und außerordentliche Mitgliedschaft:
Ordentliches Mitglied der Gesellschaft können Personen mit einschlägigem Hochschulabschluss werden, die auf dem Gebiet der Audiologie oder verwandter Fächer wissenschaftlich arbeiten, Veröffentlichungen auf diesem Gebiet aufzuweisen haben und die bereit sind, die Ziele der Gesellschaft zu unterstützen. Die **außerordentliche Mitgliedschaft** kann von Personen erworben werden, die in Berufen tätig sind, welche in einer unmittelbaren Beziehung zur Audiologie stehen. Näheres regelt die Satzung.

Bei Antrag auf ordentliche Mitgliedschaft:

1. Bezeichnung des Hochschulabschlusses (Fach und Grad):

   _____

2. Veröffentlichungen (z. B. Tagungsbeiträge, Fachartikel) auf dem Gebiet der Audiologie: (z. B. DOI, ORCID oder Anhang beilegen)

   _____

3. Angabe von zwei Bürgen (ordentliche Mitglieder der DGA)

   1. Bürge: _____ 2. Bürge: _____

Fach (ordentliche Mitglieder, mit Hochschulabschluss)

[ ] Medizin
[ ] Biowissenschaften
[ ] Neurowissenschaften
[ ] Psychologie
[ ] Sonstiges:
[ ] Physik
[ ] Ingenieurwissenschaften
[ ] Pädagogik
[ ] Logopädie/Sprachtherapie

Fach (außerordentliche Mitglieder)

[ ] Medizinische Technologie
[ ] Hörakustik
[ ] Logopädie
[ ] Sonstiges:
[ ] Audiotherapie
[ ] Pädagogik
[ ] Gewerbetreibend

Interessenfelder in der DGA
Ich habe fachliches Interesse an *(max. 3 Themengruppen möglich)*

[ ] Audiometrie
[ ] Hörgeräte-Rehabilitation
[ ] Implantierbare Hörsysteme
[ ] Neurootologie
[ ] Physikalische und Technische Akustik
[ ] Therapie + Rehabilitation
[ ] Hörgeräte-Technologie
[ ] Hörgeschädigtenpädagogik
[ ] Neurobiologie des Hörens
[ ] Otochirurgie
[ ] Psychoakustik
[ ] Sonstiges:

Ich habe Interesse an folgendem Fachausschuss *(max. 2 Nennungen möglich)*

[ ] Pädaudiologie
[ ] Audiometrie und Qualitätssicherung
[ ] CI-Versorgung
[ ] Hörgerätetechnologie und -versorgung
[ ] Neuro-Otologie und vestibuläres System

Arbeitgeber

[ ] Universität
[ ] Hochschule für angewandte Wissenschaften
[ ] Schule
[ ] Hörgeräte-Akustiker-Betrieb
[ ] Ruhestand
[ ] Klinik
[ ] Industrie
[ ] Freiberufliche Praxis
[ ] Sonstige Einrichtungen:

Abschlüsse und Grade

[ ] Professur
[ ] Promotion
[ ] Bachelor einer Hochschule
[ ] Ausbildung/Geselle
[ ] Habilitation
[ ] Staatsexamen/Diplom/Master/Magister
[ ] Meister
[ ] Sonstiges:

Mitgliedsbeitrag

Bei bestehender Mitgliedschaft in der DGMP e.V. (Nachweis) reduziert sich der Mitgliedsbeitrag um 20 %. Sollten Sie keine Lastschrifteinzugsermächtigung erteilen, erhöht sich der jährliche Mitgliedsbeitrag um 2,50 €.

Der Mitgliedsbeitrag beinhaltet:

- Regelmäßiger Bezug der „Zeitschrift für Audiologie“
- Online-Zugriff auf das International Journal of Audiology und die Webinare der ISA
- Ermäßigter Bezug für das wissenschaftliche Publikationsorgan „Audiology & Neuro-Otology“
- Ermäßigte Tagungsgebühren bei der DGA-Jahrestagung
- Ermäßigte Mitgliedsgebühren bei der DGMP um 20 %

Mitgliedsbeiträge pro Jahr (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Mitgliedsart	**Mit Lastschrift**	**Ohne Lastschrift**
Reguläres Mitglied	[ ] 150,00 €	[ ] 152,50 €
Reguläres Mitglied mit Mitgliedschaft in der DGMP	[ ] 120,00 €	[ ] 122,50 €
Studierende und Pensionäre	[ ] 60,00 €	[ ] 62,50 €
Studierende und Pensionäre mit Mitgliedschaft in der DGMP	[ ] 48,00 €	[ ] 50,50 €

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass die DGA meine Daten für interne Zwecke speichert und gemäß der DGA-Satzung verwendet. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Datenschutzhinweis gemäß Art. 13 DSGVO
Mit dem Absenden dieses Formulars erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Deutsche Gesellschaft für Audiologie e. V. (DGA) meine angegebenen personenbezogenen Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung, Beitragsabrechnung, Veranstaltungsorganisation sowie zur Versendung von Vereinsinformationen und Publikationen verarbeitet.

Verantwortliche Stelle:
Deutsche Gesellschaft für Audiologie e. V.
c/o Hörzentrum Oldenburg gGmbH
+49 441 2172 – 500
dga@hz-ol.de

Rechtsgrundlage der Verarbeitung:
Die Verarbeitung erfolgt gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Vertragserfüllung – Mitgliedschaft) sowie, bei freiwilligen Angaben, ggf. auf Basis einer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO.

Datenweitergabe:
Eine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte erfolgt nicht, es sei denn, sie ist gesetzlich vorgeschrieben oder zur Erfüllung der Vereinszwecke erforderlich (z. B. Versanddienstleister für Publikationen).

Speicherdauer:
Die Daten werden für die Dauer der Mitgliedschaft gespeichert und darüber hinaus gemäß gesetzlicher Aufbewahrungsfristen archiviert.

Ihre Rechte:
Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung sowie auf Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten. Zudem steht Ihnen das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Eine einmal erteilte Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Informationen gemäß Art. 13 DSGVO erhalten zu haben.

Unterschrift: _____ **Ort, Datum:** _____

Bitte senden an:

Deutsche Gesellschaft für Audiologie
c/o Haus des Hörens
Marie-Curie-Straße 2
26129 Oldenburg

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Audiologie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Audiologie 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.

Daten des Kontoinhabers:

Name:

Kreditinstitut (Name):

IBAN:

Eine nachträgliche Änderung der Daten ist nicht zulässig. Bei fehlerhaften Daten ist ein neues SEPA-Lastschriftmandat erforderlich!

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers