

# Werden Sie Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.



Werden Sie Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V., die mit über 26.500 Mitgliedern zu den größten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Europa zählt.

## Nutzen Sie die zahlreichen Vorteile:

- **Freier Eintritt zum jährlichen Internistenkongress** (bis zu 24 CME-Punkte)
- **Kostenloser Bezug** der Zeitschrift **Der Internist** sowie von sechs Gesellschaftsausgaben der **Deutschen Medizinischen Wochenschrift (DMW)** (inklusive Onlinezugriff)
- **Vorzugspreis** für das Jahres-Abonnement der **DMW** (erscheint 14-tägig)
- **Sonderkonditionen** von **bis zu 75 %** für internistische **Schwerpunktzeitschriften** des Springer Verlags
- **Onlinefortbildung** mit CME in der **DGIM e.Akademie** unter [www.dgim-eakademie.de](http://www.dgim-eakademie.de)
- **Onlinedokumentation** des Internistenkongresses unter [www.dgim-onlinekongress.de](http://www.dgim-onlinekongress.de)
- **Vergabe einer Vielzahl** von Stipendien und Preisen zur Förderung des **medizinischen Nachwuchses**
- **Reduzierte Teilnahmegebühr** für alle **Internistischen Updates** der **med update GmbH** und die **Intensivkurse Innere Medizin**
- **Mitgliedsbeitrag** ist in voller Höhe **steuerlich absetzbar**
- **Rechtsberatung** und Unterstützung in allen **berufsrelevanten Fragen**



Deutsche Gesellschaft  
für Innere Medizin e.V. ©

Beantragen Sie Ihre DGIM-Mitgliedschaft:  
[www.dgim.de/mitgliedschaft](http://www.dgim.de/mitgliedschaft)

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. zum

01.01.20.....  01.07.20..... (1/2 Jahresbeitrag)

Name\*: ..... Vorname\*: ..... männlich  weiblich

Titel\*: ..... Geb.-Datum\*: ..... BDI-Mitglied: Ja  Nein

**Anschrift für Aussendungen/Zeitschriften:**  Privatanschrift  Dienstanschrift

**Privatanschrift:**

Straße\*: ..... PLZ\*: ..... Ort\*: .....

E-Mail: ..... Telefon: .....

Mobil: ..... Fax: .....

**Dienstanschrift Klinik/Praxis:** .....

Straße: ..... PLZ: ..... Ort: .....

E-Mail: ..... Telefon: .....

\* Pflichtangaben

**Berufliche Position\*\*** (Die höchste Dienststellung ist ausschlaggebend für die Beitragseinstufung. Änderungen zu meinem Status teile ich der DGIM mit.)

- |  |                                   |  |          |
|--|-----------------------------------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Direktor  | <input type="checkbox"/> Chefarzt | <input type="checkbox"/> Leitender Arzt in Klinik/MVZ/Industrie/Verlag | 240,00 € |
| <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt in Praxis/MVZ als:  | <input type="checkbox"/> Hausarzt | <input type="checkbox"/> Facharzt                                      | 240,00 € |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in Praxis /MVZ/Industrie/Verlag                                   |                                   |  | 180,00 € |
| <input type="checkbox"/> Oberarzt  |                                   |  | 180,00 € |
| <input type="checkbox"/> Arzt/Assistenzarzt mit Facharztanerkennung  |                                   |  | 120,00 € |
| <input type="checkbox"/> Arzt/Assistenzarzt ohne Facharztanerkennung/ <b>FA-Anerkennung vorauss. 20.....</b> |                                   |  | 95,00 €  |

**Facharztkompetenz/-en im Gebiet Innere Medizin:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Innere und Allgemeinmedizin                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und<br>Onkologie | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie   |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin  |  | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Angiologie                         | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie            |   |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und<br>Diabetologie | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Geriatrie                    | <b>Zusatzweiterbildung (falls vorhanden)</b><br>.....     |
|  | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie                  |   |
|  | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie                  |   |

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift

**Bitte zurücksenden an:** DGIM e.V., Irenenstraße 1, 65189 Wiesbaden, Fax: 0611 2058040-46, E-Mail: info@dgim.de

**Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE76ZZZ00000019359)**

**Eine Mandats-Erteilung ist lediglich möglich für europäische Bankverbindungen, die Schweiz ausgenommen.**

Ich ermächtige die DGIM e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGIM 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.

IBAN (finden Sie auf Ihrem Konto-Auszug)

BIC (8 oder 11 Stellen)

.....

.....

.....  
Bank

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift

.....  
WK19Foo

Wir erheben, verarbeiten und nutzen Ihre Daten zur Erfüllung der Vereinsziele und zu Ihrer Betreuung im Rahmen der Mitgliedschaft, ggf. auch unter Einsatz von Dienstleistern. Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Umsetzung der Rechte und Pflichten der Mitgliedschaft entsprechend der Satzung der DGIM e.V.). Soweit Sie eine E-Mail-Adresse angegeben haben, wird die vereinsinterne Kommunikation soweit möglich elektronisch über diese E-Mail-Adresse ausgeführt (z.B. Zusendung des DGIM-Newsletters). Wir geben Ihre Daten zur Organisation von Mitgliedsleistungen an die folgenden Kooperationspartner: zum Versand von Fachzeitschriften, die Sie erhalten, an den Springer-Fachverlag und den Georg Thieme-Verlag sowie zur Organisation des jährlichen DGIM-Kongresses an die manheim:congress GmbH.

Die DGIM setzt auch externe Dienstleister bei der Verarbeitung Ihrer Daten ein, zum Beispiel zur Betreuung und zur Wartung unserer IT-Systeme. Alle eingesetzten Dienstleister haben Ihren Sitz in der Europäischen Union (EU) oder im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR). Eine aktuelle und vollständige Auflistung aller Dienstleister mit den jeweiligen Aufgaben ist über die folgende Internet-Adresse abrufbar: [www.dgim.de/dienstleister](http://www.dgim.de/dienstleister).

An jeden Dienstleister und jeden Kooperationspartner werden jeweils so wenige Daten wie möglich weitergegeben. Die Verwendung Ihrer freiwilligen Angaben können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der DGIM unter [www.dgim.de/kontakt](http://www.dgim.de/kontakt) oder in Schriftform an die o. g. Postadresse der DGIM widerrufen. Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten so lange, wie es für die Umsetzung Ihrer Mitgliedschaft in der DGIM unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen erforderlich ist. Teilweise werden Ihre Daten unmittelbar nach Ende der Mitgliedschaft gelöscht (z.B. Bankverbindung), teilweise für 10 Jahre aufbewahrt (z.B. Mitgliedsrechnungen). Den für Archivzwecke erforderlichen Kernbestand der Mitgliedsdaten speichern wir auch über das Ende Ihrer Mitgliedschaft hinaus. Sie können jederzeit nach Maßgabe des Art. 15 DSGVO Auskunft von uns über die zu Ihrer Person gespeicherten personenbezogenen Daten verlangen. Ihnen stehen darüber hinaus weitere Rechte der betroffenen Person, insbesondere das Recht auf Berichtigung (Recht auf Vergessenwerden), Sperrung (Einschränkung der Datenverarbeitung), Widerspruch und Datenübertragbarkeit, entsprechend den Vorgaben in Art. 12 - 23 DSGVO zu. Sie können sich jederzeit an den Datenschutzbeauftragten DGIM wenden, per E-Mail an [datschutz@dgim.de](mailto:datschutz@dgim.de). Ihnen steht auch ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde, dem Hessischen Datenschutzbeauftragten zu.