

# Aufnahmeantrag

in die Deutsche Gesellschaft für Audiologie e.V.  
(Gesellschaften, Verbände und Firmen)



Deutsche Gesellschaft für Audiologie e.V.  
Geschäftsstelle  
c/o Hörzentrum Oldenburg gGmbH  
Marie-Curie-Straße 2  
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.  
Wenn Sie keine Schreibmaschine benutzen, bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Mitglieds-Nr.

Bezeichnung der Gesellschaft, des Verbandes, der Firma

Abteilung

Nachname der zuständigen Person

Vorname(n)

Geschlecht

Akademische(r) Grad(e)

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Staat

Telefon

Telefax

E-Mail

## Art des Verbandes

☐ Wissenschaftliche Gesellschaft

☐ Firma

☐ Berufsverband

☐ Sonstiges:

## Mitgliedsbeitrag

Für Firmen und Verbände beträgt der jährliche Mitgliedsbeitrag je nach Selbsteinschätzung (klein-mittel-groß) 350,00€, 700,00€ oder 1.400,00€. Korrespondierende Wissenschaftliche Gesellschaften sind von der Beitragszahlung befreit. Sollten Sie keine Lastschriftzugsermächtigung 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
- Ermäßigte Tagungsgebühren bei der DGA-Jahrestagung

**Mitgliedsbeitrag** pro Jahr (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Mitgliedsart	Mit Lastschrift	Ohne Lastschrift
Kleines Fördermitglied	[ ] 350,00 €	[ ] 352,50 €
Mittleres Fördermitglied	[ ] 700,00 €	[ ] 702,50 €
Großes Fördermitglied	[ ] 1.400,00 €	[ ] 1.402,50 €

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/ Firmenstempel

**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:** \_\_\_\_\_

Deutsche Gesellschaft für Audiologie e. V.  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE71ZZZ00000631810  
Mandatsnummer:



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