

An die  
Schatzmeisterin der DGPSF e. V.  
Frau Dr. Dipl.-Psych. Anke Diezemann-Prößdorf  
Auf der Steig 16  
55131 Mainz

### Antrag auf Mitgliedschaft

_____	_____
Name	Vorname
Ausbildung: Dipl.-Psych.. <input type="checkbox"/> Pych.M.Sc. <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/>	
Titel: Dr. <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Prof. <input type="checkbox"/> andere : _____	
_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
_____	_____
Telefon (privat)	Telefon (dienstlich)
_____	_____
E-Mail (privat) -> Anschrift für DGPSF	E-Mail (dienstlich)

#### Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Nach der EU-Datenschutz Grundverordnung\* sind wir verpflichtet, Sie über den Zweck der Datenerhebung, die Speicherung und die Weiterleitung Ihrer Daten zu informieren. Die DGPSF übermittelt Ihre Daten grundsätzlich nicht an Dritte. Ihre Daten dienen ausschließlich der internen Mitgliederverwaltung der DGPSF. Ausnahme ist die Übermittlung Ihrer Kontaktdaten an Ihre Bank, sollten Sie der DGPSF eine Einzugsermächtigung erteilt haben. Ausschließlich das Präsidium der DGPSF, Akademie der DGPSF sowie die Geschäftsstelle haben Zugriff auf Ihre Daten. Ihre Kontaktdaten, insbesondere Ihre Mail-Adresse, werden nur für die Kontaktaufnahme seitens des DGSPF-Präsidiums verwendet. Im Zuge der geplanten Einführung von digitalen DGPSF-Mitgliederaccounts werden Ihre Daten dort unter Einhaltung aller gesetzlichen Sicherheitsbestimmungen und ausschließlich auf einem Server in Deutschland bzw. im EU-Raum gespeichert. Wir möchten darauf hinweisen, dass Sie Ihre Zustimmung zur Datenerhebung, Speicherung und internen Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten durch die DGPSF jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen können.

- O Ich stimme der Datenerhebung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten gemäß Beschreibung durch die DGPSF zu.  
 O Ich stimme der Datenerhebung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten gemäß Beschreibung durch die DGPSF NICHT zu.

**Rechtsgrundlage SEPA-Lastschriftmandat, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE53ZZZ00001287466,**

**Mandatsreferenz (entspricht der Mitgliedsnummer):**

Ich/Wir ermächtige(n) die Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF) e. V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF) e. V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können 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 \_\_\_\_\_ Kreditinstitut: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Hinweis zur Fälligkeit: Die Lastschrift des für Sie gültigen Mitgliedsbeitrages (95,00 €) wird einmalig zum nächsten 20. des Folgemonats jährlich zum 01.07. erfolgen. Ist der Fälligkeitstag an einem Wochenende/Feiertag, verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den 1. folgenden Werktag.

Stempel \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_