

An die
 Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie e.V. (GKJR)
 - Geschäftsstelle -
 c/o Deutsches Rheuma-Forschungszentrum
 Programmbereich Epidemiologie
 Charitéplatz 1
 10117 Berlin



Fax: 030/28460-744, E-Mail: info@gkjr.de

Antrag auf Mitgliedschaft in der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie e.V. (GKJR)
(entsprechend §4 der Satzung)

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie e.V. (GKJR)

Name: _____	Vorname: _____
Titel: _____	Geburtsdatum: _____
Beruf: _____	
<i>Anschrift / Arbeitsplatz</i>	<i>Anschrift / privat:</i>
Institution: _____	Straße: _____
Abteilung: _____	PLZ / Ort: _____
Straße: _____	Telefon: _____
PLZ / Ort: _____	Fax: _____
Telefon: _____	Email: _____
Fax: _____	
Email: _____	

Befürwortung der Mitgliedschaft durch zwei Mitglieder der GKJR:

1.	_____	_____	_____	_____
	Titel, Name, Vorname	PLZ/Ort	Arbeitsstelle	Straße
	_____	_____	_____	_____
	Ort	Datum	Unterschrift	
2.	_____	_____	_____	_____
	Titel, Name, Vorname	PLZ/Ort	Arbeitsstelle	Straße
	_____	_____	_____	_____
	Ort	Datum	Unterschrift	

Bitte beantworten Sie uns noch die folgenden Fragen:

Sind Sie Facharzt für Pädiatrie?	☐ nein	☐ ja	☐ in Weiterbildung
Sind Sie zertifizierter Kinderrheumatologe?	☐ nein	☐ ja, seit	
Sind Sie in Weiterbildung zum Kinderrheumatologen?	☐ nein	☐ ja, seit	
Sind Sie Facharzt einer anderen Fachrichtung?	☐ nein	☐ ja	☐ in Weiterbildung

Einwilligungserklärung

Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten von der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie e.V. (GKJR) zum Zweck der Verfolgung der Vereinsziele sowie der Mitglieder-Betreuung und -Verwaltung erhoben, verarbeitet und genutzt sowie

- an die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (Ermäßigung des Teilnehmerbetrages),
- an den Verlag Thieme/Schattauer (Bezug der Zeitschrift arthritis+rheuma),
- an andere GKJR-Mitglieder (nur im Passwort-geschützten Bereich der GKJR-Website)

weitergegeben bzw. übermittelt und dort ebenfalls zum Zweck der Mitglieder-Betreuung und -Verwaltung verarbeitet und genutzt werden. Meine Daten werden nach Erlöschen der GKJR-Mitgliedschaft bei der GKJR und bei den o.g. Institutionen/Einrichtungen gelöscht.

Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der DSGVO vom 25.5.2018 (Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union) erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

Ich bin zudem damit einverstanden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, mit der Folge, dass der kostenlose Bezug der Zeitschrift arthritis+rheuma über die GKJR und auch die Ermäßigung des Teilnahmebetrags für GKJR-Mitglieder bei der Anmeldung zur Jahrestagung der DGRh entfällt.

Meine Widerrufserklärung richte ich an die GKJR unter folgender Adresse:

Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie
- Geschäftsstelle -
c/o Deutsches Rheuma-Forschungszentrum
Programmbereich Epidemiologie
Charitéplatz 1
10117 Berlin

Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang meiner Widerrufserklärung meine Daten sowohl bei der GKJR als auch bei o.g. Institutionen/Einrichtungen gelöscht.

Mir ist außerdem bekannt

- dass ich Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen oder meine Daten berichtigen lassen kann
- dass ich Anspruch darauf habe, dass mir die von der GKJR bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zur Verfügung gestellt werden
- dass ich außerdem das Recht habe, mich beim Datenschutzbeauftragten oder einer zuständigen Datenschutzbehörde zu beschweren.

Satzung und Ethikkodex

Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch, dass mir die Satzung und der Ethikkodex der GKJR bekannt sind, und ich sie anerkenne. Beide Dokumente sind auf der Internetseite der GKJR herunterladbar (www.gkjr.de/die-gkjr/mitgliedschaft/).

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------

Hinweise zum Jahresbeitrag für die Mitglieder der GKJR

Der Jahresbeitrag beträgt seit dem 1. Januar 2018

- **für Fachärzte und leitende Ärzte 100 €**
- **für Ärzte in Weiterbildung und Akademiker 75 €**

Liegt kein SEPA-Lastschriftmandat vor, so erhöht sich der jährliche Beitrag um 5 € zur Deckung des zusätzlichen Verwaltungsaufwandes. Ein Formular zur Erteilung eines SEPA-Lastschrift-Mandats finden Sie auf der folgenden Seite dieses Dokuments.

Bei Überweisung – fällig jeweils zum 31.10. des betreffenden Jahres - nutzen Sie bitte folgende Bankverbindung:

Berliner Sparkasse

IBAN: DE93 1005 0000 6603 0053 69

Eine Bescheinigung über die Zahlung des Mitgliedsbeitrages geht Ihnen im Folgejahr automatisch zu.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und
Jugendrheumatologie e.V. (GKJR)
- Geschäftsstelle -
c/o Deutsches Rheuma-Forschungszentrum
Programmbereich Epidemiologie
Charitéplatz 1
10117 Berlin



ERMÄCHTIGUNG ZUM JÄHRLICHEN EINZUG DES JAHRESBEITRAGES DER GESELLSCHAFT FÜR
KINDER- UND JUGENDRHEUMATOLOGIE E.V. (GKJR) MITTELS
SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE98ZZZ00001345244.

Mandatsreferenz: Wird separat mit der Information vor dem ersten SEPA-Lastschrifteinzug mitgeteilt.

Ich ermächtige die Schatzmeisterin der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie e.V. (GKJR), Frau Dr. med. Kirsten Mönkemöller, zum Einzug des Jahresbeitrages bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos mittels SEPA-Lastschrifteinzug. Mein Kreditinstitut weise ich an, die wiederkehrenden Lastschriften der GKJR einzulösen, die von meinem Konto eingezogen werden. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich werde spätestens 3 Tage vor der ersten oder jeder veränderten Abbuchung über die künftigen Fälligkeiten und Abbuchungsbeträge informiert. Meine Mandatsreferenznummer erhalte ich mit der Information vor dem ersten SEPA-Lastschrifteinzug.

Kreditinstitut: _____

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Titel, Vorname, Name des Kontoinhabers
(bitte in DRUCKBUCHSTABEN)

genaue Anschrift
(bitte in DRUCKBUCHSTABEN)

Datum, Unterschrift des Kontoinhabers

Abbuchungstermin

Der Lastschrifteinzug erfolgt jeweils zum 31.10. Fällt der Fälligkeitstag auf ein/en Wochenende/Feiertag verschiebt er sich auf den ersten darauf folgenden Werktag.