



**Gesellschaft für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie e.V.**

Gewerbegebiet 18  
82399 Raisting

**Fax: 08807-94 92 45**

**Email: service@gffc.de**

**Mitgliedsantrag**

**Hiermit beantrage ich die Aufnahme als (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

**ordentliches Mitglied: approbierte Ärzte**

Titel /Vorname / Name: Herr/Frau.....

Facharzt/Fachärztin für: .....

.....

in Facharztausbildung zum/zur .....

D.A.F.- Mitglied  ja /  nein (bitte zutreffendes ankreuzen)

Privatadresse /  Klinikadresse (bitte zutreffendes anstreichen)

Klinik- / Praxisname: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: .....

Fax: .....

Mobilnummer: .....

E-Mail: .....

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift Antragsteller bzw. Vertretungsberechtigter**



- Fördermitglied: Einzelpersonen (persönlich fördernde Mitglieder), jedes Unternehmen, juristische Person des öffentlichen oder privaten Rechts sowie rechtlich unselbständige Stiftung oder Vereinigung (korporatives Fördermitglied).**

Titel /Vorname / Name: Herr/Frau.....

ggf. Firmenname mit Rechtsform: .....

Vertretungsberechtigter: .....

HRB- oder HRA Nummer: .....

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

- assoziiertes Mitglied: Podologen, Physiotherapeuten, Orthopädieschuhtechniker, Orthopädieschuhmacher**

Titel /Vorname / Name: Herr/Frau.....

ggf. Firmenname mit Rechtsform: .....

Vertretungsberechtigter: .....

HRB- oder HRA Nummer: .....

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Antragsteller bzw. Vertretungsberechtigter



## SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich Sie, den Mitgliedsbeitrag, derzeit:

€ 200,- pro Jahr für ordentliche Mitglieder und Fördermitglieder

€ 75,- pro Jahr für assoziierte Mitglieder

Direkt nach Antragstellung und danach zum 26.02. eines jeden Jahres (ggfs. darauffolgender Werktag) von meinem Konto abzubuchen.

Ich erkläre mich mit einem Einzug meines Mitgliedsbeitrages im Lastschriftverfahren zu den SEPA Bedingungen einverstanden.

(Die SEPA-Bedingungen können auf der Homepage der GFFC e.V. unter „Service>Downloads“ jeder werden)

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

- Klinik- oder Praxiskonto
- Privatkonto

\_\_\_\_\_ Name  
des Mitglieds (verfügungsberechtigt)

\_\_\_\_\_ Kreditinstitut

-----  
BIC/SWIFT

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
IBAN

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Kontoinhaber (verfügungsberechtigt)



## Einverständniserklärung mit der elektronischen Datenverarbeitung

Mit einer elektronischen Verarbeitung meiner Daten als auch deren Nutzung für GFFC-Mailings erkläre ich mich einverstanden. Die GFFC nimmt den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten sehr ernst und beachtet beim Umgang mit diesen Daten die einschlägigen rechtlichen Datenschutzregelungen. Nähere Hinweise zur Verfahrensweise im Umgang mit Ihren persönlichen Daten erhalten Sie in der Geschäftsstelle telefonisch unter:

(+49) 08807-949244 oder auf unserer Homepage unter:

<https://www.gesellschaft-fuer-fusschirurgie.de/datenschutz.html>

Name des Mitglieds (bitte leserlich): .....

.....

Ort, Datum

Unterschrift

### Zusatzleistungen

Für ordentliche und assoziierte Mitglieder bietet die GFFC folgende Zusatzleistung an (falls gewünscht bitte ankreuzen und unterschreiben):

- Ja, ich wünsche zusätzlich die Veröffentlichung auf der Homepage der GFFC mit folgenden Kontaktdaten (bitte folgende Zeilen **nur dann** ausfüllen):

Klinik-/Praxisname: .....

Straße, Hausnummer: .....

Land/PLZ/Ort: .....

Telefon: ..... Fax:.....

E-Mail: .....

Link: .....

**Im Falle einer Veröffentlichung der Kontaktdaten einer Berufsausübungsgemeinschaft, eines MVZ, einer Klinik oder juristischen Person erkläre ich, dass ich etwaig erforderliche Zustimmungserklärungen meiner Partner bzw. meines Arbeitgebers eingeholt habe.**

.....

Ort, Datum

Unterschrift