



---

## Antrag auf rabattierte Mitgliedschaft bei der European Society of Vascular Surgery (ESVS) für das Jahr 2021

---

Titel, Name Vorname

---

Geburtsdatum Geburtsort

---

ESVS-Mitglied 2020? (ja/nein)

---

ESVS-Mitgliedsnummer

---

DGG-Mitgliedsnummer

Hiermit beantrage ich die für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. rabattierte Mitgliedschaft für „Full Surgeons“ bei der ESVS (Mitgliedsbeitrag ESVS 1.1.2021–31.12.2021: 105,- €). Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung (Mitgliedsbeitrag ESVS 1.1.–31.12.2021: 42,- €) sowie Angehörige der Assistenzberufe und der Pflege (Mitgliedsbeitrag ESVS 1.1.–31.12.2021: 42,- €) erhalten keinen DGG-Rabatt. Die DGG e.V. wird mir den Mitgliedsbeitrag für die ESVS im Namen und Auftrag der ESVS in Rechnung stellen, den Betrag ggf. per SEPA-Lastschriftmandat einziehen und an die ESVS weiterleiten.

Der Online-Zugang zum European Journal of Vascular and Endovascular Surgery für den Zeitraum 1.1.2021–31.12.2021 ist im Mitgliedsbeitrag enthalten.

(  ) Ich bestelle zusätzlich die Printausgabe für 42 € pro Jahr. (Bitte ankreuzen!)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des/der Antragstellers/in

Hiermit erteile ich der DGG e.V. die Einwilligung in die Datenweitergabe meiner Daten gemäß Antrag sowie „Datenblatt zum Antrag“ an den ESVS, Straße/Hausnr, PLZ Stadt, zum Zwecke der Begründung und Verwaltung der Mitgliedschaft bei der ESVS. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung freiwillig erteile. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich meine Einwilligung gegenüber der DGG e.V. jederzeit ohne Angaben von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen kann.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des/der Antragstellers/in

Per E-Mail, Fax oder Post an:  
DGG e.V.  
Robert-Koch-Platz 9  
10115 Berlin  
Tel.: 030-280 990 990  
Fax: 030-280 990 999  
E-Mail: sekretariat@gefaesschirurgie.de



## Datenblatt zum Antrag auf rabattierte Mitgliedschaft bei der European Society of Vascular Surgery (ESVS) für das Jahr 2021

Bitte aktualisieren Sie Ihre Daten!

---

Facharzt/Fachärztin (Ja / Nein)

---

Funktion (Assistenzarzt/-ärztin / Oberarzt/-ärztin / Leitende(r) Oberarzt/-ärztin / Chefarzt/-ärztin / Gefäßassistent/in / Student/in / EVA / Andere)

### Dienstanschrift

---

Klinikname und Abteilung

---

Straße

---

PLZ / Ort

---

E-Mail

Telefon

Fax

### Private Anschrift

---

Straße

---

PLZ / Ort

---

E-Mail

Telefon

Fax

Per E-Mail, Fax oder Post an:

DGG e.V.

Robert-Koch-Platz 9

10115 Berlin

Tel.: 030-280 990 990

Fax: 030-280 990 999

E-Mail: [sekretariat@gefaesschirurgie.de](mailto:sekretariat@gefaesschirurgie.de)



An die

Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie  
und Gefäßmedizin  
Gesellschaft für operative, endovaskuläre  
und präventive Gefäßmedizin e.V.  
Robert-Koch-Platz 9  
10115 Berlin

**Oder per Fax an: 030- 280 990 999**  
**Oder per E-Mail an: sekretariat@gefäßchirurgie.de**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE70DGG00000590506  
Mandatsreferenz

### **SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. auf mein Konto gezogene 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.

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname und Name (Kontoinhaber/in)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift