

Änderungsmeldung

Sehr geehrte Damen und Herren,

folgende Daten unseres Berufsverbandes haben sich geändert:

- 1.) Satzung (Bitte eine aktuelle Satzung (Anlage 1) und einen aktuellen Auszug aus dem Vereinsregister (Anlage 2) diesem Antrag beifügen.)
- 2.) Stamminformationen
- 3.) Vorsitz des Verbandes
- 4.) Weitere gewählte Vertreter des Berufsverbandes
- 5.) Kontaktdaten der Verbandsgeschäftsstelle
- 6.) Mitarbeit in den Ausschüssen des SpiFa
- 7.) Bankverbindung
- 8.) aktueller Mitgliedsstand zum Stichtag gemäß SpiFa Beitragsordnung §3
- 9.) sonstiges

Vollständiger Name des Verbandes:

Bitte senden Sie uns dieses Deckblatt und das/die entsprechenden, vollständig ausgefüllte/n Formular/e im Original an:

SpiFa e.V., Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin

sowie vorab elektronisch

via FAX an 030 - 4000 9632

oder an info@spifa.de

2.) Stamminformationen zum Berufsverband / Rechtsform

Name und Rechtsform des Verbandes:	
Sitz des Verbandes gem. Vereinsregister:	

Bitte eine aktuelle Satzung (Anlage 1) und einen aktuellen Auszug aus dem Vereinsregister (Anlage 2) diesem Antrag beifügen.

Ich bin damit einverstanden, dass die hier gemachten Angaben innerhalb des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) sowie gegenüber deren Mitgliedsverbänden in Adress- und E-Mail-Verzeichnissen des SpiFa aufgenommen und im Rahmen der Verbandszwecke verwendet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift

3.) Vorsitzende/r des Verbandes

Name	
Vorname	
Funktion (z.B. Präsident/in oder 1. Vorsitzende/r)	
Anschrift	
Telefon	
Fax	
Mobil	
E-Mail	

Ich bin damit einverstanden, dass die hier gemachten Angaben innerhalb des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) sowie gegenüber deren Mitgliedsverbänden in Adress- und E-Mail-Verzeichnissen des SpiFa aufgenommen und im Rahmen der Verbandszwecke verwendet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift

4.) Liste der weiteren gewählten Vertreter des Berufsverbandes

Name	
Vorname	
Funktion	
Telefon	
Fax	
Mobil	
E-Mail	

Name	
Vorname	
Funktion	
Telefon	
Fax	
Mobil	
E-Mail	

Bei Bedarf vervielfältigen Sie bitte diese Seite und vermerken die Seitenzahlen.

Ich bin damit einverstanden, dass die hier gemachten Angaben innerhalb des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) sowie gegenüber deren Mitgliedsverbänden in Adress- und E-Mail-Verzeichnissen des SpiFa aufgenommen und im Rahmen der Verbandszwecke verwendet werden dürfen.

Seite von

Ort, Datum

Unterschrift

5.) Kontaktdaten der Verbandsgeschäftsstelle

Die folgenden Kontaktdaten werden zum Zweck der Veröffentlichung auf der Homepage und den weiteren offiziellen Veröffentlichungskanälen des SpiFa verwendet. Der Antragsteller stimmt mit seiner Unterschrift dieser Veröffentlichung ausdrücklich zu.

Anschrift der Geschäftsstelle <small>(wenn abweichende Anschrift zu I.)</small>	
Ansprechpartner/in:	
Funktion	
Telefon	
Mobil	
Fax	
E-Mail*	
Internet	
Facebook	
Twitter	

- * Gemäß § 9 der Satzung SpiFa erfolgt an diese Adresse (nach Wahl des SpiFa postalisch oder per E-Mail) die offizielle Einladung zu den Mitgliederversammlungen des SpiFa. Es gilt stets die letzte dem SpiFa bekannt gegebene Adresse.
Entsprechende Änderungsmitteilungen hinsichtlich der Kontaktdaten sind stets schriftlich an die Geschäftsstelle des SpiFa zu richten.

6.) Beantragung der Mitarbeit in den einzelnen Ausschüssen des SpiFa

Hiermit wird die Mitarbeit in folgendem Ausschuss des SpiFa*

- Ausschuss technische Fächer
- Ausschuss Psychotherapie in den Fachgebieten sowie für Themenbezogene fachübergreifende Fragestellungen in der Psychosomatischen Medizin, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Neurologie
- Schnittstellenausschuss fachärztliche Grundversorgung
- ambulant-stationärer Schnittstellenausschuss
- Europaausschuss

beantragt.

- * Grundlage für die Ausschussmitarbeit ist die Satzung des SpiFa e.V. in der jeweils gültigen Fassung.
Assoziierte Mitglieder haben im Gegensatz zu den ordentlichen Mitgliedern kein Stimmrecht, sind jedoch anwesenheits- und redeberechtigt.

Ich bin damit einverstanden, dass die hier gemachten Angaben innerhalb des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) sowie gegenüber deren Mitgliedsverbänden in Adress- und E-Mail-Verzeichnissen des SpiFa aufgenommen und im Rahmen der Verbandszwecke verwendet werden dürfen.

7.) Teilnahme am SEPA-Verfahren / Änderung der Bankverbindung

SEPA - Lastschriftmandat für SEPA – Basis – Lastschriftverfahren

Wir ermächtigen den SpiFa e.V., Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin Beitragszahlungen* von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom SpiFa e.V. auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber: _____

Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Für entsprechende Deckung werden wir Sorge tragen. Diese Erklärung gilt, solange sie nicht gegenüber dem SpiFa e.V. schriftlich widerrufen wird.

* Grundlage ist die Beitragsordnung des SpiFa e.V. Der Antragsteller wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich beim Mitgliedbeitrag gem. Beitragsordnung des SpiFa e.V. um einen Jahresbeitrag handelt, der im Voraus fällig ist.

8.) Mitgliedsstand berufstätiger Fachärzte des Antragstellers

Mitgliederanzahl berufstätiger Fachärzte*:

Mitgliederanzahl des Verbandes insgesamt:
(freiwillige Angabe)

* Grundlage für die Beitragsbemessung ist die Beitragsordnung des SpiFa e.V. in der jeweils gültigen Fassung

Ich bin damit einverstanden, dass die hier gemachten Angaben innerhalb des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) sowie gegenüber deren Mitgliedsverbänden in Adress- und E-Mail-Verzeichnissen des SpiFa aufgenommen und im Rahmen der Verbandszwecke verwendet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift

9.) Sonstiges

Ich bin damit einverstanden, dass die hier gemachten Angaben innerhalb des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) sowie gegenüber deren Mitgliedsverbänden in Adress- und E-Mail-Verzeichnissen des SpiFa aufgenommen und im Rahmen der Verbandszwecke verwendet werden dürfen.