

Änderungsmeldung zur Mitgliedschaft im SpiFa e.V.

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] beifügen.)
- 2) Stamminformationen
- 3) Vorsitz des Berufsverbandes
- 4) Weitere gewählte Vertreter des Berufsverbandes
- 5) Kontaktdaten der Geschäftsstelle des Berufsverbandes
- 6) Mitarbeit in den Ausschüssen des SpiFa e.V.
- 7) Bankverbindung
- 8) aktueller Mitgliedsstand zum Stichtag gemäß § 3 der SpiFa-Beitragsordnung
- 9) sonstiges

Vollständiger Name des Verbandes:

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

SpiFa e.V., Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin

sowie vorab per E-Mail an:

info@spifa.de

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 e.V. aufgenommen und im Rahmen der Verbandszwecke verwendet werden dürfen.

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) beifügen.

3) Vorsitzende/r des Verbandes

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

4) Liste der weiteren gewählten Vertreter des Berufsverbandes

Name	
Vorname	
Funktion	
Telefon	
Fax	
Mobil	
E-Mail	

Name	
Vorname	
Funktion	
Telefon	
Fax	
Mobil	
E-Mail	

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

5) Kontaktdaten der Verbandsgeschäftsstelle

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

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

*Gemäß § 9 der Satzung SpiFa e.V. erfolgt an diese Adresse (nach Wahl des SpiFa e.V. postalisch oder per E-Mail) die offizielle Einladung zu den Mitgliederversammlungen des SpiFa e.V. Es gilt stets die letzte dem SpiFa e.V. bekannt gegebene Adresse.

Entsprechende Änderungsmitteilungen hinsichtlich der Kontaktdaten sind stets schriftlich an die Geschäftsstelle des SpiFa e.V. zu richten.

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

Hiermit wird die Mitarbeit in folgendem Ausschuss des SpiFa e.V.*

Ausschuss diagnostische Medizin

Kontaktperson: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Ausschuss Psychotherapie in den Fachgebieten, Strukturfragen in der Versorgung psychischer psychosomatischer Patienten und fachgebietsspezifischer kommunikativer und psychosozialer ärztlicher Behandlungsverantwortung

Kontaktperson: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Schnittstellenausschuss fachärztliche Grundversorgung

Kontaktperson: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

ambulant-stationärer Schnittstellenausschuss

Kontaktperson: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Europausschuss des SpiFa e.V.

Kontaktperson: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Ausschuss ärztliche Tätigkeit in der Krankenhausversorgung
(gemäß Beschluss der Mitgliederversammlung vom 21.05.2017)

Kontaktperson: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

beantragt.

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

SEPA – Lastschriftmandat für SEPA– Lastschriftverfahren

Wir ermächtigen den SpiFa e.V., 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 gemäß 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

9) Sonstiges