

DGOU Geschäftsstelle  
Mitgliederverwaltung  
Straße des 17. Juni 106-108  
10623 Berlin  
Mail: [mitglieder@dgou.de](mailto:mitglieder@dgou.de)

oder

BVOU Geschäftsstelle  
Mitgliederverwaltung  
Straße des 17. Juni 106-108  
10623 Berlin  
Mail: [mv@bvou.net](mailto:mv@bvou.net)

## Aufnahmeantrag O- und U-Rookie in DGOU/BVOU

Studierende als außerordentliche Mitglieder  
Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung als ordentliche Mitglieder

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die / in den

- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)  
*Medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft bietet durch das Engagement in Sektionen und Arbeitsgemeinschaften die Möglichkeit, an der wissenschaftlichen Weiterentwicklung des Fachs Orthopädie und Unfallchirurgie in Forschung, Aus-, Weiter-, und Fortbildung aktiv mitzuarbeiten.*
- Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)  
*Berufliche Interessenvertretung der Mitglieder, insbesondere bei der Bundesärztekammer, den Landesärztekammern, den Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder hinsichtlich Gebührenordnung und einem adäquaten Fort- und Weiterbildungsangebot für den Berufsstand.*

Frau  Herr  divers .....  
Titel Vorname Name

.....  
Geburtsdatum

Bitte nutzen Sie für den Schriftverkehr:  Dienstadresse  Privatadresse

### DIENST:

.....  
Krankenhaus/Praxis

.....  
Klinik/Abteilung

.....  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

.....  
Telefon

.....  
Mobil

.....  
dienstliche E-Mail-Adresse\*

### PRIVAT:

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
PLZ, Ort

.....  
Telefon

.....  
Mobil

.....  
private E-Mail-Adresse\* (\*Für unsere Korrespondenz ist die Angabe mind. einer E-Mail-Adresse notwendig!)

Ich bin tätig als  **Ärzt\*in in Weiterbildung** im \_\_\_\_ Jahr (Jahresbeitrag: DGOU 50 €, BVOU 50 € → Gesamt: 100 €)  
 **Student\*in** im \_\_ Semester (beitragsfrei mit jährlicher Vorlage einer Studienbescheinigung)

### Mentor

Auf Wunsch wird Ihnen ein Mentor 1x im Quartal zur Verfügung gestellt, der Ihnen gerne telefonisch Fragen beantwortet.  
Bitte kreuzen Sie an, ob Sie das Angebot eines Mentors in Anspruch nehmen möchten:  ja  nein

**Die jeweilige Satzung und die jeweilige Beitragsordnung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. und des Berufsverbands für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. erkenne ich an.**

(<https://dgou.de/mitgliedschaft/formulare> und <https://www.bvou.net/der-bvou/mitglied-werden>)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

**Einverständniserklärung zum Datenschutz**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die DGOU/der BVOU meinen vollständigen Namen sowie den Ort, den ich als Kontaktadresse angegeben habe, in der Mitgliederzeitschrift „Orthopädie und Unfallchirurgie Mitteilungen und Nachrichten“ (OUMN) sowie im BVOU-Intranet und der BVOU-App veröffentlichen. Ebenso willige ich ein, dass die DGOU sowie der BVOU meine persönlichen Daten für die Erfüllung ihrer Vereinsaufgaben erfassen, speichern, verarbeiten und für Mitgliedsinformationen an mich nutzen dürfen. Ich willige ein, dass meine Adressdaten an Dienstleister, die für die DGOU/den BVOU tätig werden, weitergegeben werden dürfen: An die Firma Intercongress für den Versand von Informationen bezüglich des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU); an den Verlag für den Versand der OUMN; für Umfragen, an wissenschaftliche Gesellschaften, in denen die DGOU Mitglied ist; an die eignen Gremien der DGOU und des BVOU. Eine vollständige Liste dieser Dienstleister erhalte ich auf Anfrage. Anfragen und Informationen zu meinen Rechten gemäß Artikel 12-21 EU-DSGVO werden mir umgehend von der DGOU-/BVOU-Geschäftsstelle gesandt oder es wird mir ein entsprechender Ansprechpartner mitgeteilt. Diese Einwilligung kann ich, auch in Teilen, jederzeit widerrufen.

ja, ich willige ein  nein, ich willige nicht ein

Ich willige ein, dass neben meiner geschäftlichen auch meine private E-Mail-Adresse gespeichert und für die Mitgliedskommunikation und für Umfragen genutzt werden darf.  ja  nein

Ich willige ein, dass meine private Adresse aus den zuvor genannten Gründen an die oben genannten Dienstleister weitergegeben werden darf:  ja  nein

Ich willige ein, den monatlichen Newsletter der DGOU/BVOU per E-Mail zu erhalten:  ja  nein

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

**SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen: (Nur von Ärzten in Weiterbildung auszufüllen)**

- Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) **50 €** jährlich von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
- Ich ermächtige den Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) **50 €** jährlich von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

**Beachten Sie:**

Bei Rückbelastung werden Bearbeitungskosten fällig (DGOU: 10 €, BVOU: 30 €).

Für die ermäßigten Beiträge in Höhe von jeweils 50 € ist es erforderlich:

- die Ermäßigungsbescheinigung (siehe [www.dgou.de/mitgliedschaft/formulare](http://www.dgou.de/mitgliedschaft/formulare)) an [mitglieder@dgou.de](mailto:mitglieder@dgou.de) jährlich bis 31.03. zu senden
- dem BVOU den Status als Assistenzarzt\*in an [mv@bvou.net](mailto:mv@bvou.net) jährlich bis 31.12. zu bestätigen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

**Die satzungsgemäße Bürgschaft der DGOU wird von den Generalsekretären der DGOU übernommen:**

Prof. Dr. Bernd Kladny .....  
Ort, Datum Unterschrift

Prof. Dr. Dietmar Pennig .....  
Ort, Datum Unterschrift