

Mitgliedsantrag

**Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der
"Norddeutschen Vereinigung für Schlafmedizin e.V."**

Postanschrift 1. Vorsitzender:

NVSM c/o Dr. med. Holger Hein, Bahnhofstr. 9, 21465 Reinbek

Persönliche Angaben (bitte deutlich lesbar ausfüllen):

akad. Titel: _____ **Fachdisziplin:** _____

Name: _____

Vorname: _____

Klinik/Praxis: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Tel. / Fax: _____

Email: _____

Als Mitglied der NVSM erhalte ich auf Wunsch die Zeitschrift „SCHLAF“ kostenlos und ohne Verpflichtungen. Um die Zeitschrift beziehen zu können, erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Anschrift an den Schattauer-Verlag für den Versand freigegeben wird.

Ja Nein

Bitte nur ergänzen, falls Einladungen, Informationen, etc. zur Privatadresse zugestellt werden sollen.

Privat

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt ab 01.01.2017 jährlich 25 EUR.
Gemäß der Satzung ist der Mitgliedsbeitrag unbar zu leisten.

SEPA-Lastschriftmandat: (Gläubiger Identifikationsnummer: DE73ZZZ00000201191)

Ich ermächtige die **NVSM**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der NVSM auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Meine Bankverbindung erhält die **NVSM** über ein separates SEPA-Lastschriftmandat.
Auf der nächsten Seite!

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum: _____

Unterschrift: _____

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Norddeutsche Vereinigung
für Schlafmedizin e.V.
Bahnhofstr. 9
21465 Reinbek

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE73ZZZ00000201191

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

[Name des Zahlungsempfängers]

Ich/Wir ermächtige(n) **Norddeutsche Vereinigung für Schlafmedizin e.V.**

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers] **Norddeutsche Vereinigung für Schlafmedizin e.V.**

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut


BIC¹

IBAN

D E _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _

Ort, Datum

Unterschrift(en)

 1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Informationen zur NVSM
"Norddeutschen Vereinigung für Schlafmedizin e.V."

Postanschrift 1. Vorsitzender:
NVSM c/o Dr. med. Holger Hein, Bahnhofstr. 9, 21465 Reinbek

Die Vereinigung wurde am 26.1.98 in Hamburg gegründet und hat folgende Ziele (Auszug aus der Satzung):

Die Vereinigung ist der Zusammenschluss von auf dem Gebiet der Schlafmedizin diagnostisch, therapeutisch und/oder wissenschaftlich tätigen oder interessierten Personen in Norddeutschland.

Ziele der Vereinigung bestehen in der Förderung der Aus- und Weiterbildung und im Qualitätsmanagement von Schlaflaboren, Schlafmedizinern und dem in der Schlafmedizin beschäftigtem Personal.

Des Weiteren ist eine Kooperation mit der "Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin (DGSM)" vorgesehen.

Weiterhin strebt die Vereinigung eine enge Zusammenarbeit mit den Ärztekammern und den kassenärztlichen Vereinigungen an, um ihre Vorstellungen zu den wie vor genannten Zielen einzubringen.

Die Vereinigung unterstützt die Öffentlichkeitsarbeit, dass heißt sie sucht die Zusammenarbeit mit Patientenverbänden, Selbsthilfegruppen, Schulungsgruppen, etc., um auch auf diese Weise einen Beitrag zur Verbesserung von Prävention und Therapie schlafmedizinischer Erkrankungen zu leisten.

Die Vereinigung erstrebt keinen Gewinn. Die Mittel der Vereinigung dürfen ausschließlich und unmittelbar nur gemeinnützig und satzungsgemäß verwendet werden.
Die Vereinigung ist politisch und konfessionell neutral.

Der derzeitige Vorstand mit Beirat (Stand 16.01.16) setzt sich wie folgt zusammen:

Vorsitzender	Dr. Holger Hein, Reinbek	Innere
Stellvertreter	Dr. Jan Hollandt, Lübeck	HNO
Schatzmeisterin	Prof. Dr. Sylvia Kotterba, Leer	Neurologie
Schriftführerin	Dr. Susanne Klaiber, Lübeck	HNO
Beirat MKG-Chirurgie	Dr. Dr. Jörg Schlieper, Hamburg	MKG-Chirurgie
Beirat Traum	Dr. Jürgen Hoppe, Hamburg	Neurologie, Psychiatrie
Beirat Neurologie	Dr. Roland Wenzelburger, Kiel	Neurologie
Beirat Pädiatrie	Dr. Benjamin Grolle, Hamburg	Pädiatrie
Beirat Zahnmedizin	Dr. Susanne Schwarting, Kiel	Zahnmedizin
Finanzrevisoren:	Dr. Ellen Rudow, Kiel	Innere
	Dr. Malte Mahlerwein, Lübeck	HNO

#