



Name \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
eMail \_\_\_\_\_  
TelNr \_\_\_\_\_

### **Erklärung zur Doppelmitgliedschaft**

im jeweiligen Landesverband der Ärztinnen und Ärzte des ÖGD  
und der Wissenschaftlichen Fachgesellschaft DGÖG

 Hiermit stimme ich meiner vorgesehenen prinzipiellen Doppelmitgliedschaft im Landesverband der Ärztinnen und Ärzte des ÖGD und in der neu gegründeten Deutschen Gesellschaft für Öffentliches Gesundheitswesen (DGÖG) ausdrücklich zu. Ich bin daher damit einverstanden, dass mein Landesverband meine o.g. Stamm- und Kontaktdaten an die vorgesehene gemeinsame Geschäftsstelle des BVÖGD und der DGÖG weiterleitet, um damit die Grundlage für die dortige zentrale Mitgliederverwaltung der DGÖG zu entwickeln. (Zustimmung gemäß DSGVO)

 Hiermit erkläre ich unter Bezug auf § 13 Abs. 1 Satz 2 und 3 der Satzung des BVÖGD ausdrücklich, dass ich die vorgesehene Doppelmitgliedschaft in der DGÖG für mich persönlich ausschließen möchte.  
Ich untersage damit auch eine Weitergabe meiner persönlichen Daten an die gemeinsame Geschäftsstelle von BVÖGD und DGÖG.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

#### **Hinweis**

Diese Erklärung können Sie auf folgendem Weg an Ihren Landesverband übermitteln:

- als Papierausdruck unterschrieben postalisch an Ihren Landesverband
- als Papierausdruck unterschrieben und als Scan-Kopie per Mail an Ihren Landesverband
- soweit durch Ihren Landesverband gesondert eingerichtet: online per digitaler Formulareingabe – wobei statt Unterschrift Ihr Absender-Account zur persönlichen Authentifizierung dient.