

## Aufnahmeantrag zur persönlichen Mitgliedschaft

 Mitgliedsbeitrag, 300 €/ Jahr  
 Junior-Mitgliedsbeitrag, 50 €/ Jahr  
 (Studenten)

<b>Name:</b>		<b>Vorname:</b>	
<b>Geschäftsadresse (Firmenname):</b>		<b>Abteilung:</b>	
		<b>Position:</b>	
<b>E-Mail:</b>			
<b>Straße:</b>	<b>Postfach:</b>	<b>Telefon:</b>	
		Vorwahl:	Rufnummer:
<b>PLZ/Ort:</b>	<b>PLZ/Postfach:</b>	<b>Telefax:</b>	
		Vorwahl:	Rufnummer:

<b>Bevorzugte Korrespondenzanschrift:</b>	<input type="checkbox"/> Geschäftlich	<input type="checkbox"/> Privat
---	---------------------------------------	---------------------------------

<b>Privatadresse:</b>		<b>E-Mail:</b>	
<b>Straße:</b>	<b>Postfach:</b>	<b>Telefon:</b>	
		Vorwahl:	Rufnummer:
<b>PLZ/Ort:</b>	<b>PLZ/Postfach:</b>	<b>Telefax:</b>	
		Vorwahl:	Rufnummer:

<b>Persönliche Angaben:</b>	<input type="checkbox"/> Geburtsdatum	Nationalität:	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich
<b>Sind Sie Mitglied in einem anderen nationalen/internationalen Berufsverband?</b>	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein			

<b>Ihre Berufspraxis im Investmentbereich insgesamt (Monat/Jahr):</b>		
<b>Sind Sie Absolvent des Qualifizierungsprogramms "Investmentanalyst/DVFA" bzw. "CEFA – Certified European Financial Analyst" bzw. "CIIA – Certified International Investment Analyst"?</b>		<input type="checkbox"/> ja (Jahrgang): <input type="checkbox"/> nein
<b>Haben Sie einen anderen / vergleichbaren berufsqualifizierenden Abschluss?</b>	<input type="checkbox"/> AIM <input type="checkbox"/> CCrA <input type="checkbox"/> CeFM <input type="checkbox"/> CFDS <input type="checkbox"/> CREA <input type="checkbox"/> CRM <input type="checkbox"/> CFA <input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/> nein

<b>Berufsbezeichnung / gegenwärtige Tätigkeit / Branchen-, Regionenzuständigkeit gem. Definition Anlage 1</b> (Bitte Anlage 1: Erläuterung zum Tätigkeitsprofil vollständig ausfüllen und mit dem Antrag einreichen)
---

<b>Seit wann üben Sie Ihre gegenwärtige Tätigkeit aus (Monat/Jahr)?</b>	
<b>Sind Sie tätig auf Leitungs-/ Führungsebene / selbstständig?</b>	<input type="checkbox"/> ja, als: <input type="checkbox"/> nein

<b>Berufserfahrung / Vorherige Tätigkeit (Angaben ab 2006)</b>			
<b>Zeit:</b> von	bis	<b>Spezifikation Ihrer Tätigkeit:</b>	<b>Position:</b> Leitungs-/Führungsebene
			<input type="checkbox"/> ja, als: <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja, als: <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja, als: <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja, als: <input type="checkbox"/> nein

<b>Ausbildung</b>				
<input type="checkbox"/> Universität		<input type="checkbox"/> Fachhochschule		<input type="checkbox"/> Berufsakademie
	Akademischer Titel	Jahr	Institution	Ort
Fachbereich				
Schwerpunktfächer				
Sonstige				

<b>Andere Ausbildung:</b>				
	Typ	Jahr	Institution	Ort
Lehre				
Allgemeine Hochschulreife				
Sonstige				

<b>Sonstige Aktivitäten:</b>	
Referenten-Tätigkeiten	
Publikationen	
Internationale Ämter/Positionen	

<b>Welche Erwartungen haben Sie an eine DVFA-Mitgliedschaft?</b>	<b>Welche Dienstleistungen sind Ihnen besonders wichtig?</b>
<b>Haben Sie grundsätzlich Interesse an einer Mitarbeit in Gremien der DVFA?</b>	<input type="checkbox"/> ja, und zwar in: <input type="checkbox"/> nein

<b>Beantragung und Aufrechterhaltung der Mitgliedschaft</b>	<b>Anerkennung des DVFA-Verhaltenskodex</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Deutschen Vereinigung für Finanzanalyse und Asset Management.</li> <li>◆ Ich versichere, im Bereich des Kapitalmarktes beruflich tätig zu sein und alle vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben; ferner, dass kein strafrechtliches oder berufsrechtliches Verfahren gegen mich zu einer Verurteilung geführt hat und kein solches Verfahren gegen mich anhängig ist.</li> <li>◆ Ich verpflichte mich zur Einhaltung der Berufsgrundsätze gemäß des DVFA-Verhaltenskodex.</li> </ul>	
<b>Verarbeitung personenbezogener Daten</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Der DVFA e. V. verarbeitet meine oben von mir angegebenen Daten zur Verwaltung und Betreuung meiner Mitgliedschaft, insb. zur Kommunikation und Information der Mitglieder, Prüfung der Aufnahmevoraussetzungen und Zertifizierung. Weitere Informationen können Sie unseren Datenschutzhinweisen entnehmen:  <a href="http://www.dvfa.de/datenschutzhinweise_mitgliedsantrag_dvfa_ev">http://www.dvfa.de/datenschutzhinweise_mitgliedsantrag_dvfa_ev</a></li> </ul>	

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers \_\_\_\_\_

DVFA  
Deutsche Vereinigung für Finanzanalyse und Asset Management e. V.  
Mainzer Landstraße 47a  
60329 Frankfurt am Main

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE10ZZZ00000839809  
Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

**Erteilung SEPA-Lastschriftmandat  
für den Mitgliedsbeitrag des DVFA e. V.**

---

Name, Vorname

---

Straße, Hausnummer

---

(Land) Postleitzahl, Ort

Ich ermächtige den DVFA e. V., die von mir zu entrichtende Zahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrags von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DVFA e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

**BIC (acht oder elf Stellen)**

---

**Mein Kreditinstitut (Name)**

DE \_\_\_\_\_

**IBAN**

Seit dem 25.05.2018 gilt die Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO) über die einheitliche Verarbeitung personenbezogener Daten innerhalb der Europäischen Union. Für den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten haben wir alle technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen, um ein hohes Schutzniveau zu schaffen. Wir halten uns dabei strikt an die Datenschutzgesetze und die sonstigen datenschutzrelevanten Vorschriften. Zur Ausführung des erteilten SEPA-Lastschrift-Mandates werden Ihre o.g. personenbezogenen Daten von Ihnen erhoben und verarbeitet. Die Verwendung oder Weitergabe Ihrer Daten an unbeteiligte Dritte wird ausgeschlossen.

Eine rechtliche Verpflichtung zur Durchführung des Lastschriftverfahrens besteht nicht, die hier gemachten Angaben sind freiwillig. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

**Hinweis:** Wenn Ihr Arbeitgeber die Zahlung Ihres jährlichen Mitgliedsbeitrags mittels Lastschrift übernimmt, geben Sie ihm [dieses verlinkte Formular](#) bitte weiter zum Ausfüllen.