Deutsche Vereinigung für Finanzanalyse
und Asset Management e. V.

Mainzer Landstraße 47a
60329 Frankfurt am Main
Telefon: 069/5000423-101
mitglied@dvfa.org

Aufnahmeantrag zur persönlichen Mitgliedschaft

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

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

Bevorzugte Korrespondenzanschrift: ❑ Geschäftlich ❑ Privat

Privatadresse:		**E-Mail:**
Straße:	**Postfach:**	**Telefon:** Vorwahl: Rufnummer:
PLZ/Ort:	**PLZ/Postfach:**	**Telefax:** Vorwahl: Rufnummer:

Persönliche Angaben:	❑ Geburtsdatum	Nationalität:	❑ Männlich ❑ Weiblich
Sind Sie Mitglied in einem anderen nationalen/internationalen Berufsverband?	❑ ja, und zwar: ❑ nein		

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

Berufsbezeichnung / gegenwärtige Tätigkeit / Branchen- , Regionenzuständigkeit		
Seit wann üben Sie Ihre gegenwärtige Tätigkeit aus (Monat/Jahr)**?**		
Sind Sie tätig auf Leitungs-/ Führungsebene / selbstständig?	❑ ja, als:	❑ nein

Berufserfahrung / Vorherige Tätigkeit (Angaben ab 2006)

Zeit: von	bis	**Spezifikation Ihrer Tätigkeit:**	**Position:** Leitungs-/Führungsebene	**Arbeitgeber:**
			❑ ja, als: ❑ nein	
			❑ ja, als: ❑ nein	
			❑ ja, als: ❑ nein	
			❑ ja, als: ❑ nein	

Ausbildung				
❑ Universität	❑ Fachhochschule	❑ Berufsakademie		
	Akademischer Titel	Jahr	Institution	Ort
Fachbereich				
Schwerpunktfächer				
Sonstige				
Andere Ausbildung:				
	Typ	Jahr	Institution	Ort
Lehre				
Allgemeine Hochschulreife				
Sonstige				

Sonstige Aktivitäten:	
Referenten-Tätigkeiten	
Publikationen	
Internationale Ämter/Positionen	

Welche Erwartungen haben Sie an eine DVFA-Mitgliedschaft?	**Welche Dienstleistungen sind Ihnen besonders wichtig?**
Haben Sie grundsätzlich Interesse an einer Mitarbeit in Gremien der DVFA?	❑ ja, und zwar in: ❑ nein

Beantragung und Aufrechterhaltung der Mitgliedschaft	**Anerkennung des DVFA-Verhaltenskodex**
♦ Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Deutschen Vereinigung für Finanzanalyse und Asset Management.	
♦ 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.	
♦ Ich verpflichte mich zur Einhaltung der Berufsgrundsätze gemäß des DVFA-Verhaltenskodex.	
Verarbeitung personenbezogener Daten	
♦ 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: http://www.dvfa.de/datenschutzhinweise_mitgliedsantrag_dvfa_ev	

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)**

_____
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.