

Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit wird beim Vorstand die Aufnahme als Mitglied in den eingetragenen Verein „Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht“ in Berlin zum nächstmöglichen Zeitpunkt beantragt.

Organisationsbezogene Angaben

Bitte in Druckbuchstaben

Adressangaben bitte als „privat“ oder „dienstlich“ kennzeichnen:

Name/Organisation: _____

Fachgebiet: _____
(Wir bitten mit Hinweis auf § 3 der Satzung um genaue Angaben)

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/FAX: _____

E-Mail: _____

Hinweis zum Datenschutz:

Bitte fügen Sie dem Aufnahmeantrag die unterschriebene datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung bei.

Die Satzung des Vereins wird anerkannt.

Ort, Datum

Unterschrift(en)

Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer DE17ZZZ00000795451

Mandatsreferenz
(Wird von der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht / Geschäftsstelle ausgefüllt)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut

IBAN DE _____

Ort, Datum

Unterschrift(en)

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

(unter Beachtung von Art. 7 DSGVO)

Ich willige ein, dass die Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.

folgende Daten

Name / Titel

Anschrift

Beruf / Funktion

Institution

Bankverbindung

zum Zweck der Verwaltung der Mitgliedschaft und um über Veranstaltungen zu informieren erhebt, verarbeitet und nutzt.

Zum Zweck der Beitragserhebung werden die Daten an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt, die die Beitragszahlungen im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht überwacht.

Meine im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis.

Mein Einverständnis kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Meine Widerrufserklärung werde ich richten an:

Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

.....

Datum, Unterschrift