Aufnahmeantrag als Einzelperson
Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte e.V.

Hiermit beantrage ich, _____
(Name, Vorname)

meine Aufnahme in den Verein Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte e.V..

Meine Kontaktdaten:

Adresse Praxis:_____

Adresse privat:_____

Mitgliedschaften in Berufsverbänden:

_____

_____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: Praxis _____Mobil_____

E-Mail:_____

Ich beantrage die Aufnahme als (bitte ankreuzen)
- ○ _____ Ordentliches Mitglied
- ○ _____ Fördermitglied
- ○ _____ Ehrenmitglied

mit einem Jahresbeitrag in Höhe von EUR _____. Der Beitrag wird bei Eintritt und dann jährlich fällig.

▫ Ich habe die beigefügten Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen und verstanden.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung sowie die Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Fassung als für mich verbindlich an. Die aktuelle Fassung der Satzung habe ich zur Kenntnis genommen.

_____

Ort, Datum Unterschrift

Aufnahmeantrag eines Berufsverbandes als Fördermitglied
Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte e.V.

Hiermit beantrage ich, _____
(Name, Vorname)

als vertretungsberechtigte Person für den

(Vereinsname):_____

Die Aufnahme in den Verein Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte e.V. als Fördermitglied.

Meine Kontaktdaten:

Adresse Praxis:_____

Adresse privat:_____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: Praxis _____Mobil_____

E-Mail:_____

Als Vertreter unseres Verbandes wird abgesandt:

_____
(Name, Vorname)

Adresse Praxis:_____

Adresse privat:_____

Geburtsdatum: _____

mit einem Jahresbeitrag in Höhe von EUR_____. Der Beitrag wird jährlich fällig.

▫ Ich habe die beigefügten Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen und verstanden.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung sowie die Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Fassung als für mich verbindlich an. Die aktuelle Fassung der Satzung habe ich zur Kenntnis genommen.

_____

Ort, Datum Unterschrift des*der gesetzlichen Vertreter*in)

SEPA-Lastschriftmandat

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Wiederkehrende Zahlungen
Kontaktdaten Verein: _____

Kontaktdaten Antragende*r: _____
Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

SEPA-Lastschriftmandat:
Ich ermächtige die Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift zum angegebenen Fälligkeitsdatum einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber*in _____

Kreditinstitut _____

BIC _____

IBAN _____

_____

Ort, Datum Unterschrift _

Datenschutzhinweise

Der Vereinsvorstand weist hiermit darauf hin, dass der Verein ausreichende technische Maßnahmen zur Gewährleistung des Datenschutzes getroffen hat. Dennoch kann bei einer Veröffentlichung von personenbezogenen Mitgliederdaten im Internet ein umfassender Datenschutz nicht garantiert werden. Daher nimmt das Vereinsmitglied die Risiken für eine eventuelle Persönlichkeitsrechtsverletzung zur Kenntnis und ist sich bewusst, dass:

1. die personenbezogenen Daten auch in Staaten abrufbar sind, die keine der Bundesrepublik Deutschland vergleichbaren Datenschutzbestimmungen kennen,
2. die Vertraulichkeit, die Integrität (Unverletzlichkeit), die Authentizität (Echtheit) und die Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten nicht garantiert ist.

Das Vereinsmitglied trifft die Entscheidung zur Veröffentlichung seiner Daten freiwillig und kann seine Einwilligung gegenüber dem Vereinsvorstand jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung und Veröffentlichung der Daten nicht berührt

Einwilligung

Ich bestätige das Vorstehende zur Kenntnis genommen zu haben und willige ein, dass der Verein Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte folgende Daten zu meiner Person:

❑ Vor und Nachnamen	❑ Fotos
❑ die Vereinszugehörigkeit	❑ die Funktion im Verein
❑ Berichte über Ehrungen und Geburtstage	❑ Platzierung bei Ärztekammerwahlen
❑ alle genannten Daten	❑ Die Teilnahme an Vereinsveranstaltungen

im Rahmen des Satzungszwecks

- ❑ zum Zweck der Mitgliederwerbung und Information über den Verein auf seiner Internetpräsenz unter der Domain www.Allianz-Berliner-Ärzte.de veröffentlichen darf,
- ❑ zum Zweck der Mitgliederwerbung und Information über den Verein in seinen Auftritten in sozialen Medien wie z. B. Facebook, Instagram, Linkedin veröffentlichen darf,
- ❑ zum Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit über den Verein in Print- und sonstige Medien übermitteln darf

❑ = Bitte ankreuzen, wenn einverstanden

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit gegenüber dem Vorstand der Veröffentlichung von Einzelfotos und persönlichen Daten widersprechen kann. In diesem Fall wird die Übermittlung/Veröffentlichung unverzüglich für die Zukunft eingestellt. Etwa bereits auf der Homepage des Vereins veröffentlichte Fotos und Daten werden dann unverzüglich entfernt.

_____

Ort, Datum Unterschrift des Mitglieds