

Aufnahmeantrag und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Torgauer Ärztenetz e.V.

Folgende Angaben und deren Verarbeitung sind für die Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses sowie für die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich (Art. 6, Abs. 1 lit b, f).

Pflichtangaben:

Bitte bei () Kreuz entsprechend setzen

Geschlecht: () männlich () weiblich () andere

Titel:.....Vorname:.....Nachname:.....

Geburtsdatum:.....

Praxisanschrift

Straße, Nr.:.....PLZ, Ort:.....

Telefon:.....Fax:.....

E-Mail:.....

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die mir ausgehändigte Satzung sowie Beitragsordnung des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an. Der Aufnahmebeitrag beträgt 50,00€. Der Halbjahresbeitrag beträgt 40,00€(Jahresbeitrag 80,00€). Der Jahresbeitrag ist bis spätestens 31.03. des Jahres auf das Vereinskonto zu überweisen:
Leipziger Volksbank IBAN: DE89 8609 5604 0100 0600 00BIC GENODEF1LVB

Die beigefügten Informationspflichten gemäß Artikel 12 bis 14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen

X

Ort, Datum, Unterschrift

Freiwillige Angaben: Telefonnummer (mobil):Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Kontaktdaten zu Vereinszwecken durch den Verein genutzt und hierfür auch an andere Mitglieder des Vereins zur Kontaktaufnahme im Rahmen der gemeinsamen Patientenbehandlung weitergegeben werden dürfen. Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorbenannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

X

Ort, Datum, Unterschrift

Einwilligung in die Veröffentlichung von Mitgliederdaten auf der Website des Torgauer Ärztenetzes

Der Vereinsvorstand weist hiermit darauf hin, dass ausreichende technische Maßnahmen zur Gewährleistung des Datenschutzes getroffen wurden. 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:

- die personenbezogenen Daten auch in Staaten abrufbar sind, die keine der Bundesrepublik Deutschland vergleichbaren Datenschutzbestimmungen kennen,
- 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 im Internet freiwillig und kann seine Einwilligung gegenüber dem Vereinsvorstand jederzeit widerrufen.

Erklärung

„Ich bestätige das Vorstehende zur Kenntnis genommen zu haben und willige ein, dass das Torgauer Ärztenetz folgende Daten zu meiner Person:

Titel: _____

Eigener Vorname, Name: _____

Ggf. Praxispartner: _____

Facharztbezeichnung, Zusatzbezeichnung nach WBO: _____

Praxis-, Zweigpraxisanschrift: _____

Lebenslange Arztnummer (LANR): _____

Kontakt

Telefon, Fax: _____

Website _____

E-Mail: _____

Praxisöffnungszeiten: _____

wie angegeben auf der Internetseite des Vereins www.torgauer-aerztenetz.de veröffentlichen darf.

X

Ort, Datum Unterschrift

Der Widerruf ist zu richten an: Torgauer Ärztenetz e.V., Langenreichenbacher Str. 8,
04860 Torgau, torgauer.aerztenetz@t-online.de