

Hausarztverein Bamberg - Stadt und Land e. V.
www.hausarztverein-bamberg.de

**Antrag auf Mitgliedschaft im
Hausarztverein Bamberg - Stadt und Land e.V.**

zurück per

E-Mail: info@hausarztverein-bamberg.de

**Ich erkläre hiermit rechtsverbindlich meinen Beitritt zum Hausarztverein
Bamberg - Stadt und Land e.V.:**

Name:

Vorname:

Titel:

Geburtsdatum:

Postanschrift – Praxis:

Telefon Praxis:

Fax Praxis:

Postanschrift – privat:

Telefon mobil:

E-Mail: _____

Ich bin: (bitte ankreuzen)

selbständig angestellt als Facharzt/-ärztin für _____

in Weiterbildung zum Facharzt/-ärztin für _____

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung sowie den jährlichen Beitragssatz von derzeit 30 € /Jahr ausdrücklich an. Eine Abbuchung des Mitgliedsbeitrags ist ausschließlich über das Lastschriftinzugsverfahren möglich. Hierzu erfolgt die Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats.

Hiermit willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogener Daten durch den Hausarztverein Bamberg Stadt und Land e.V. ein. Der Verein verarbeitet die Daten nur in dem Umfang, wie er sie im Zusammenhang mit der Begründung, Durchführung und Beendigung des Mitgliedsverhältnisses oder zur Ausübung und Erfüllung der sich aus dem Gesetz ergebenden Rechte und Pflichten oder Wahrung seiner berechtigten Interessen benötigt. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 6 DS-GVO. Das Vereinsmitglied hat laut DS-GVO neben dem Recht auf Auskunft über seine gespeicherten Daten das Recht zum jederzeitigen Widerruf, wobei der Widerruf erst für die Zukunft wirkt und die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung bis zum Widerruf davon unberührt bleibt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, sofern sie nicht entsprechend der steuerrechtlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen.

Ich willige ein, dass der Hausarztverein Bamberg Stadt und Land e.V. meine E-Mail-Adresse und ggf. meine Telefonnummer zum Zwecke der Kommunikation nutzt. Es erfolgt keine Weitergabe an Dritte.

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger:
Hausarztverein Bamberg Stadt und Land e.V.

Gläubiger-ID:
DE96ZZZ00002604340

Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Hausarztverein Bamberg Stadt und Land e.V., den laut aktueller Satzung gültigen Mitgliedsbeitrag und etwaige von der Mitgliederversammlung festgelegte Umlagen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hausarztverein Bamberg Stadt und Land e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kontoinhabers:

Anschrift des Kontoinhabers:

IBAN des Kontoinhabers (max. 22 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

_____, den
Ort Datum

Unterschrift