



SüdpfalzDOCs–Netzwerk junger Hausärzte e.V.
Madenburgerstraße 13
76870 Kandel

0151 67402398
kontakt@suedpfalzdocs.de
www.suedpfalzdocs.de

BEITRITTSERKLÄRUNG

Fördermitglied

Persönliche Angaben

Name: Vorname:
Titel: Geburtsdatum:
Berufsbezeichnung (*falls Arzt + Fachrichtung*):
Straße:
PLZ: Ort:
Telefon/ Mobil: E-Mail:

Dienstliche Anschrift

Praxis/ Klinik/ Institution/ Firma:
Straße:
PLZ: Ort:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich meinen Vereinsbeitritt als Fördermitglied und erkenne die mir bekannte Satzung, den gewählten Vorstand und die beigelegte Datenschutzbestimmung an.
Ich verpflichte mich, den jährlichen Mitgliedsbeitrag gemäß der Beitragsordnung zum vereinbarten Zeitpunkt zu zahlen. Meinen Vereinsaustritt kann ich jederzeit schriftlich beim Vorstand einreichen.

Die erstmalige Überweisung des Mitgliedsbeitrags von 50€ pro Jahr muss innerhalb von vier Wochen ab Unterschrift auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber: SüdpfalzDOCs e.V.
Bank: Sparkasse Germersheim-Kandel
IBAN: DE80 5485 1440 1000 8478 87
BIC: MALADE51KAD

Datum, Ort

Unterschrift



SüdpfalzDOCs–Netzwerk junger Hausärzte e.V.
Madenburgerstraße 13
76870 Kandel

0151 67402398
kontakt@suedpfalzdocs.de
www.suedpfalzdocs.de

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Ordentliches Mitglied/ Fördermitglied

Eine Abschrift der Satzung kann jederzeit unter www.suedpfalzdocs.de in ihrer geltenden Fassung eingesehen werden.

Mit meiner Unterschrift stimme ich den Datenschutzbestimmungen der Vereinsordnung zu. Ich erkläre mich einverstanden, dass im Rahmen des 'SüdpfalzDOCs – Netzwerk junger Hausärzte e.V.' (meine) Daten erhoben, verarbeitet und gespeichert werden.

Die Vereinssatzung mit Informationen zum Datenschutz wurde mir bereitgestellt, des weiteren wurde mir die Möglichkeit gegeben, Rückfragen zu folgenden Themen zu stellen:

- Über die Art und den Umfang meiner Daten.
- Über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung.
- Über die Option, Widerspruch einzulegen und den daraus resultierenden Folgen.

Mit meinem Beitritt in den oben genannten Verein erkläre ich mich damit einverstanden, dass:

- Angaben zu meiner Person (Name, Geburtsdatum, Adresse, Telefon- oder Mobilfunknummer und e-Mailadresse) sowie
- Angaben zu meinem beruflichen Stand (Titel, Berufsbezeichnung, Name der Praxis/ Klinik/ Institution/ Firma und Adresse) vom Vereinsvorstand und weiteren verantwortlichen Personen erfasst, verarbeitet und gespeichert werden.
- Meine persönlichen und dienstlichen Daten nur nach Rücksprache und meinem (schriftlichen) Einverständnis an Dritte weitergegeben werden dürfen.
- Ich vom Verein über einen e-Mailverteiler, den Verein betreffende, e-Mails an meine in der Beitrittserklärung angegebene e-Mailadresse erhalte.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der oben genannten Daten und teile wichtige Änderungen dem Vorstand mit.

Nach meinem, vom Vorstand bestätigten, Austritt aus dem Verein werden alle meine personenbezogenen und beruflichen Angaben datenschutzrechtlich gelöscht.

Datum, Ort

Unterschrift