

Freie Ärzteschaft

Antrag auf Mitgliedschaft in der Freien Ärzteschaft e. V.

Hiermit beantragen wir als Verband (Verein, Netz, Arbeitsgemeinschaft oder sonstige juristische Person) mit sofortiger Wirkung die Mitgliedschaft in der Freien Ärzteschaft e. V. Die Satzung des Vereins erkennen wir an.

Verband:

Rechtsform:

Vertreten durch:

Person 1 (Titel, Vorname, Name):

Person 2 (Titel, Vorname, Name):

Person 3 (Titel, Vorname, Name):

Straße:

PLZ:

Ort:

Vorwahl/Tel.:

Vorwahl/Fax:

E-Mail:

KV-Bezirk:

Mit der Abbuchung des Mitgliedsbeitrags von unserem unten angegebenen Konto sind wir einverstanden.

Der Jahresbeitrag beträgt mindestens 10 Euro je Verbandsmitglied, insgesamt mindestens 200 Euro. Bei Beitritt in der zweiten Jahreshälfte reduziert sich der Beitrag für das Beitrittsjahr um die Hälfte.)

Mitgliederanzahl:

Unser Jahresbeitrag: Euro

Kontoinhaber:

IBAN:

Freie Ärzteschaft

Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Freie Ärzteschaft e. V. unsere Daten erhebt und speichert, soweit sie für die Mitgliederbetreuung erforderlich sind. Das beinhaltet den/die Namen, das Eintrittsdatum, die postalische und elektronische Adresse, Telefon- und Faxnummer, die Mitgliedszahl und die Bankverbindung.

Wir sind damit einverstanden, dass zum Versand von Rundschreiben unsere E-Mail-Adresse und Faxnummer an einen Vertragspartner übermittelt werden. Eine Datenweitergabe durch diesen Vertragspartner erfolgt nicht.

Diese Einwilligung können wir jederzeit widerrufen. Wir haben jederzeit das Recht auf Auskunft über unsere bei der Freien Ärzteschaft e. V. gespeicherten Daten sowie auf deren Korrektur oder Löschung.

Verantwortlich für den Datenschutz ist der Bundesvorstand der Freien Ärzteschaft e. V.

Bei Fragen zum Datenschutz können wir uns jederzeit per E-Mail oder Post an das Büro der Freien Ärzteschaft e. V. wenden:

Gervinusstraße 10
45144 Essen
mail@freie-aerzteschaft.de

Zuständige Aufsichtsbehörde: Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestraße 2-4, 40213 Düsseldorf

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift(en)

Dieses Formular **faxen an: 0201 755816**

oder per Post an: Freie Ärzteschaft e. V., Wieland Dietrich, Vorsitzender, Gervinusstr.10, 45144 Essen