

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft in dem
Praxisnetz Warendorfer Ärzte e.V. · Stiftsmarkt 6 · 48231 Warendorf

Die vorgestellte Satzung erkenne ich an und erkläre mich bereit, die Ziele des Vereins durch aktive Mitarbeit zu unterstützen.

Titel, Vor- und Zuname:

KV-Sitz: allein geteilt, mit:

Angestellt: auf ganzen KV-Sitz auf halben KV-Sitz „Jobsharing“ WB

LANR: BSNR:

Fachrichtung:

Zusatzbezeichnung/en:

Praxisadresse:

Telefon (Praxis): Fax (Praxis):

Praxishomepage:

KIM-Adresse:

Private Email-Adresse:

→ Wichtig für die netzinterne Kommunikation, z.B. Erhalt von wichtigen Newslettern (PIAs) und Einladungen zu unseren Mitgliederversammlungen / Netzveranstaltungen. Ihre Mailadresse wird selbstverständlich vertraulich behandelt und nicht ohne Ihr Einverständnis weitergegeben.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Id: DE45ZZZ00000861004

Ich ermächtige das **Praxisnetz Warendorfer Ärzte e.V.** den Mitgliedsbeitrag in Höhe von 300€ p.a. von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen und weise zugleich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN: BIC:

.....
Ort, Datum, Unterschrift

.....
Praxisstempel

Bitte senden an: management@praxisnetz-warendorf.de oder faxen an 0251-982970-66

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz

Die in der Beitrittserklärung zum Praxisnetz Warendorfer Ärzte e.V. angegebenen personenbezogenen Daten, wie z.B. Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, Praxisdaten etc. werden ausschließlich für die Zwecke des Vereins erhoben und maschinell verarbeitet. Sinn und Zweck des Vereins ist im § 1 der Satzung näher erläutert. Um diesen Zweck zu erreichen, bedient sich der Verein weiteren Dienstleistern, die ihrerseits projektbezogene Daten der Mitglieder verarbeiten. Die Dienstleister sichern dem Verein zu, die geltenden Datenschutzregeln einzuhalten und Daten nicht an Dritte weiterzugeben.

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit für das Praxisnetz werden von den jeweiligen Mitgliedern freigegebene Bilder und Fotos zum Beispiel für die Netzhomepage und Netzbroschüre verwendet und zuständigen Dienstleistern (z.B. Designbüro) zur Verfügung gestellt. Fotos und Mitglieder Daten können ebenso an die Presse zur Vorstellung von Netzprojekten weitergeben werden.

Einwilligung Mitglied

Ich bin als Mitglied des Praxisnetz Warendorfer Ärzte e.V. damit einverstanden, dass der Verein meine Personalien (Name, Anschrift, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse, Telefon- und Faxnummer, Kontodaten, Bild-, Video-, und Tondateien, berufliche Qualifikationen und vergleichbare persönliche oder praxisbezogene Daten) und von mir freigegebene Fotos für die Öffentlichkeit gemäß dem am 25. Mai 2018 in Kraft getretenen Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) erhebt, speichert, nutzt und berechtigten Mitgliedern des Vereins (z.B. Vorstand oder Dienstleistern) zur Verfügung stellt.

.....
Name, Vorname

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Rechte des Betroffenen

Sie sind gemäß § 34 BDSG jederzeit berechtigt, gegenüber dem Praxisnetz Warendorfer Ärzte e.V. um Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 35 BDSG können Sie jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf postalisch an das Netzbüro (Stiftsmarkt 6, 48231 Warendorf) übermitteln.

Bitte senden an: management@praxisnetz-warendorf.de oder faxen an 0251-982970-66

Veröffentlichung Praxisprofil und Portraitfoto

Für den Eintrag Ihres Praxisprofils benötigen wir folgende ergänzende Informationen.

Titel Vor- / Zuname	
anerkannte Sonderzulassungen	
Diagnostische Möglichkeiten	
Therapeutische Möglichkeiten	
Ausstattung / Geräte	
Verkehrsanbindung / Parkmöglichkeiten	
Sprechzeiten	
Sonstige Besonderheiten	

Wir bitten um Zusendung eines Portraitfotos:

Hochformat, ruhiger Hintergrund, gute Qualität (mind. 1 MB)

Ich bin mit der Veröffentlichung meines Portraitfotos und Praxisprofils auf der Homepage und in der Netzbroschüre einverstanden. Ja Nein

.....
Datum, Unterschrift

.....
Praxisstempel

Bitte senden an: management@praxisnetz-warendorf.de oder faxen an 0251-982970-66