



20. Juni 2024

## Mitgliedsantrag

Praxisanschrift	
Titel; Name, Vorname: _____	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ; Ort: _____	
E-Mail: _____	
Homepage: _____	
Tel.: _____ Fax: _____	
Geb. Datum: _____	
Privatanschrift	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ; Ort: _____	
E-Mail: _____	
Tel.: _____ Fax: _____	
Beitragsgruppe-Jahresbeitrag (bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/>	Niedergelassener Arzt/MVZ Teilhaber 800 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/>	Chefarzt 400 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/>	Oberarzt 300 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/>	Angestellter (Praxis, Klinik, MVZ, öff. Dienst) 150 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/>	Assistenzarzt / Ruhestand 50 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/>	Kinderpneumologen (eigener BAPP Verband) 0 EURO/Jahr

### **Berufsverband der Pneumologen in Hessen e. V.**

Ein Landesverband im  
Bundesverband der Pneumologen, Schlaf-  
und Beatmungsmediziner

#### **Anschrift**

Berufsverband der Pneumologen  
in Hessen e.V.  
Unter den Linden 10  
10117 Berlin

Telefon: 030 700 140 445

info@pneumologenverband.de  
www.hessen.pneumologenverband.de

#### **Bankverbindung**

Volksbank Dreieich  
IBAN DE12 5059 2200 0004 8574 61  
BIC GENODE51DRE

#### **Vorsitzender/Schatzmeister**

Dr. C. von Mallinckrodt

#### **Stellv. Vorsitzender**

Dr. W. Schürmann

#### **Schriftführer**

Dr. T. Füssel

#### **Vereinsregisternummer**

1426

#### **Amtsgericht**

Darmstadt

#### **Geschäftsstelle**

c/o BdP Schlaf- und Beatmungsmediziner  
e.V.  
Unter den Linden 10  
10117 Berlin



## Datenschutzerklärung

Das Mitglied willigt mit seiner Unterschrift und seinem Beitritt zum Berufsverband der Pneumologen in Hessen e.V. in die Verarbeitung seiner Daten ein, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben und Zwecke des Verbandes erforderlich ist.

Einwilligung wird ebenfalls erteilt für die Weitergabe der oben stehenden Daten an den Bundesverband, der diese ebenfalls verarbeiten darf. Der Landesverband sichert absolute Vertraulichkeit und Sicherheit der von ihm verwalteten Daten zu. Die Weitergabe an den Bundesverband erfolgt nur in dem jeweils erforderlichen Umfang. Sofern die Verarbeitung dieser Daten im Rahmen einer Auftragsverarbeitung erfolgt, ist ein entsprechender Vertrag mit einer Verpflichtung auf den Datenschutz abgeschlossen.

Die Daten werden zur Erfüllung der Zwecke gem. § 2 der Satzung des Berufsverbandes nur so lange gespeichert, wie es zur Erfüllung der o.g. Zwecke oder geltenden Rechtsvorschriften erforderlich ist. Sollte das Mitglied die Löschung seiner Daten wünschen, werden die Daten unverzüglich gelöscht, soweit der Löschung nicht rechtliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen. Das Mitglied erklärt mit seiner Unterschrift, dass es die Einwilligung in die Datenverarbeitung freiwillig und in Kenntnis seiner Rechte als betroffene Person nach der DSGVO –in Form eines Auskunftsrechts, Recht auf Berichtigung oder Löschung der Daten, Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung und insbesondere Recht auf Widerruf der erteilten Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft –erteilt. Sofern das Mitglied mit der beschriebenen Vorgehensweise nicht einverstanden ist, kann es bei der zuständigen Datenschutz-Aufsichtsbehörde eine Beschwerde einreichen.

Der Datenschutzbeauftragte steht außerdem für Rückfragen bezüglich des Datenschutzes im Berufsverband der Pneumologen in Hessen e.V. zur Verfügung.

---

Ort, Datum    Unterschrift



Seite 3 des Schreibens vom 20. Juni 2024

Berufsverband der Pneumologen  
in Hessen e.V.  
Unter den Linden 10  
10117 Berlin

<b>SEPA-Lastschriftmandat</b>	
Titel; Name; Vorname: _____	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ; Ort: _____	
Kreditinstitut: _____	
IBAN: DE ____   ____   ____   ____   ____   ____	
BIC: _____	

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE86 ZZZ 00000 461111

Hiermit ermächtige ich den Berufsverband der Pneumologen in Hessen e.V. die wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Berufsverband der Pneumologen in Hessen e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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

---

Ort      Datum                      Unterschrift