



4. 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 (bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt	700 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Chefarzt	179 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Angestellter Praxis-Partner	128 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Oberarzt	128 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Assistenzarzt	25 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Ruhestand	0 EURO/Jahr

**Berufsverband der Pneumologen,
Schlaf- und Beatmungsmediziner in
Thüringen e.V.**

Ein Landesverband im
Bundesverband der Pneumologen, Schlaf-
und Beatmungsmediziner

Anschrift

Berufsverband der Pneumologen,
Schlaf- und Beatmungsmediziner in
Thüringen e.V.
Unter den Linden 10
10117 Berlin

Telefon: 030 700 140 445

info@pneumologenverband.de
www.pneumologenverband.de

Bankverbindung

VR Bank Coburg- Rennsteig
IBAN DE22 7836 0000 0000 0255 18
BIC GENODEF1COS
Finanzamt Suhl
Steuer Nr.: 171/143/07548

Vorsitzender

Dr. Christian Franke, MHBA

Stellv. Vorsitzende

Dr. Ulf Hengst
Dr. Sven Rostig

Schriftführer

Dr. Sascha Göttinger

Schatzmeisterin

Jana Schwager

Vereinsregisternummer

688

Amtsgericht

Sonneberg

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, Schlaf- und Beatmungsmediziner in Thüringen 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 Nr. 1 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, Schlaf- und Beatmungsmediziner in Thüringen e.V. zur Verfügung.

Ort, Datum Unterschrift



Berufsverband der Pneumologen,
Schlaf- und Beatmungsmediziner in Thüringen e.V.
Unter den Linden 10
10117 Berlin

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

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE32 ZZZ 00000 517567

Hiermit ermächtige ich den Berufsverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner in Thüringen e.V. die wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Berufsverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner in Thüringen 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