



Berufsverband der Pneumologen
Sachsen-Anhalt e.V.
Sachsen-Anhalt

Berufsverband der
Pneumologen Sachsen-Anhalt e.V.
Geschäftsstelle
c/o wikonect GmbH
Münsterstr. 47
59368 Werne

Aufnahmeantrag

Hiermit stelle ich den Antrag auf Aufnahme in den Berufsverband der Pneumologen Sachsen-Anhalt (nachfolgend BdP-SA) im Bundesverband der Pneumologen. Ich erkläre, die Satzung des BdP-SA erhalten zu haben und erkenne diese an. Änderungen der unten genannten Daten werde ich zeitnah der Geschäftsstelle des BdP SA mitteilen.

Titel: _____
Vorname: _____ Name: _____
Geb.-Datum: _____
Privatanschrift: _____
Telefon: _____
Dienstanschrift: _____
Telefon: _____

Zur Sicherstellung der internen Kommunikation mit Ihnen benötigen wir eine aktuelle E-Mail-Adresse:

E-Mail: _____

beruflicher Status:	<input type="checkbox"/>	niedergelassene® Arzt/Ärztin	Beitrag 850,00 €
	<input type="checkbox"/>	Chefarzt/Chefärztin	335,00 €
	<input type="checkbox"/>	Oberarzt/Oberärztin	205,00 €
	<input type="checkbox"/>	anderer angest. Arzt/Ärztin	205,00 €
	<input type="checkbox"/>	Assistenzarzt/ärztin	beitragsfrei

Datum

Unterschrift



Berufsverband der Pneumologen
Sachsen-Anhalt e.V.
Sachsen-Anhalt

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Pflichtangaben und freiwilligen Angaben zu Vereinszwecken durch den Berufsverband der Pneumologen Sachsen-Anhalt e.V. genutzt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorbenannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Datum _____

Unterschrift _____



Berufsverband der Pneumologen
Sachsen-Anhalt e.V.
Sachsen-Anhalt

Erteilung SEPA-Lastschriftmandat (Gläubiger-ID: DE93ZZZ00000671766)

Titel: _____

Vorname: _____ Name: _____

Privatanschrift: _____

Mandatsreferenz: _____
(wird seitens des BdP SA vergeben)

Ich ermächtige den Berufsverband der Pneumologen Sachsen-Anhalt widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto:

IBAN: _____

BIC: _____

Kontoinhaber: _____

einziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Berufsverband der Pneumologen des Landes Sachsen-Anhalt e.V. von meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Innerhalb von acht Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum – kann ich die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum

Unterschrift