

Beitrittserklärung

Bitte elektronisch
oder in Druckschrift
ausfüllen.

Gesellschaft der
ALBANISCHEN ÄRZTE
in Deutschland e.V.



Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zu der Gesellschaft der Albanischen Ärzte in Deutschland e. V.

Name* Vorname*			
Geschlecht* männlich weiblich	Geb.-Datum* (TT.MM.JJJJ)	Akad. Grad*	Einheitliche Fortbildungsnummer Ihrer Ärztekammer (EFN)
Berufliche Position*	seit:	Assistenzarzt Oberarzt Chefarzt	Facharzt Student** Sonstiges: Arzt in Niederlassung
Weiterbildung und Qualifikation			
WB zum Facharzt/ Schwerpunkt für	seit (JJJJ)		Andere medizin. Berufe Krankenpfleger/in Labortechnisch. Assist
Facharzt/Schwerpunkt für	seit (JJJJ)		Physiotherapeut/in Heilpraktikerin Arztassistent/in
Interessengebiete (mehrere Angaben möglich)			Hebamme Arzthelfer/in Sonstiges
Dienstanschrift* als Postanschrift verwenden			
Klinik/Praxis			
Abteilung			
Straße		Telefon	
Ort, PLZ		Fax	
E-Mail*		Mobil	
Privatanschrift* als Postanschrift verwenden			
Straße		Telefon	
Ort, PLZ		Fax	
E-Mail*		Mobil	
Beitragszahlung			
per SEPA-Lastschriftmandat			
Ich ermächtige die GARD e.V., meinen Jahresbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom GARD e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.			
Name des Zahlungspflichtigen			
Anschrift d. Zahlungspflichtigen			
Kreditinstitut (Name und BIC)			
IBAN des Zahlungspflichtigen DE			
Ort, Datum		Unterschrift (für Lastschriftmandat)	
per Rechnung			
Ich werde den Jahresbeitrag nach Erhalt der Rechnung überweisen.			
Einwilligung zur Speicherung und Verwendung Ihrer Daten nach DSGVO			
Ich willige ein, dass die Gesellschaft der Albanischen Ärzte e.V. als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Informationen durch den Verein verarbeitet und genutzt werden. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes/ Datenschutzgrundverordnung das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.			
Ich bin mit der Veröffentlichung meiner nicht privaten Daten im Forum-Intranet einverstanden. Dieses Einverständnis kann ich selbst im Forum jederzeit widerrufen.			
Laut Satzung des GARD e.V. entspricht das Geschäftsjahr dem Kalenderjahr. Der Mitgliedsbeitrag wird jeweils für den Zeitraum vom 01.01. bis 31.12. eines Jahres erhoben. Dies gilt auch, wenn der Beitritt zum GARD e.V. im laufenden Jahr erfolgt.			
Datum		Unterschrift*	

Bitte unterschrieben zurücksenden
Gesellschaft der Albanischen Ärzte in Deutschland e.V. (GARD e.V.) • Mitgliederverwaltung • Kaiserstr. 25A • 76437 Rastatt

* Pflichtfeld ** Hier wird die Kopie der aktuellen Immatrikulationsbescheinigung benötigt.