

Aufnahmeantrag für die Mitgliedschaft im Kreisärzterein Paderborn e.V

Name: _____ Titel: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Gebietsbezeichnung: _____

Dienstanschrift

PLZ: _____ Ort: _____ Straße: _____

Ggf: KV-Nr: _____ Stempel: _____

Private Anschrift

PLZ: _____ Ort: _____ Straße: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Die Datenerhebung ist erforderlich zur Verwaltung der Mitglieder, Versendung von Briefen und Erhebung der Mitgliedsbeiträge für die Dauer der Mitgliedschaft. Es besteht das Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung dieser Daten. Es besteht das Recht, sich bei dem Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Nordrhein-Westfalen als Aufsichtsbehörde im Bereich des Datenschutzes zu beschweren.

Mit der Erhebung der Daten bin ich einverstanden:

Unterschrift: _____

Über die Möglichkeit der Löschung, Änderung und Berichtigung der Daten bin ich informiert:

Unterschrift: _____

Mit der Abbuchung des Jahresbeitrages (z. Z. 25 EURO) von meinem KV-Konto bin ich einverstanden.

Name: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

oder (wenn keine KV-Nummer vorhanden ist) Einzugsermächtigung für das Lastschriftverfahren

Name des Geldinstitutes: _____

IBAN: _____

Kontoinhaber: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____