



Verein für fachärztliche Primärmedizin in Potsdam e.V.

Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Praxisanschrift (ersatzweise Privatanschrift)

.....

Email:

Telefon:

die Aufnahme in den Verein für fachärztliche Primärmedizin in Potsdam e. V.

Zur Höhe des Mitgliedsbeitrages und Fälligkeit wird auf § 5 der Vereinssatzung verwiesen. Die Zahlung erfolgt per Überweisung auf das Vereinskonto mit der IBAN DE82 3006 0601 0041 5075 04.

Die beigefügten Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden.

Die Vereinssatzung erkenne ich an.

Datum: Unterschrift:

Datenschutzhinweise

Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen:

Dr. Ulrich Wüllenkemper
Kopernikusstraße 32
14482 Potsdam

Tel.: [+49 331 622137](tel:+49331622137),
Fax: [+49 331 625915](tel:+49331625915),
Email: info@primärfachärzte-potsdam.de

Beim Beitritt zu unserem Verein werden die oben angegebenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Email, Telefon) für die Regelung der Vereinszugehörigkeit und zur Mitgliederverwaltung erhoben. Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO ist die Rechtsgrundlage dieser Datenverarbeitung. Nach Beendigung der Mitgliedschaft werden die Daten gelöscht.

Die Daten werden nicht ohne vorherige Zustimmung an Dritte weitergereicht. Name, Vorname und Email werden vereinsintern allen Mitgliedern zur Verfügung gestellt. Diese haben darüber Stillschweigen nach außen zu wahren.

Jedes Vereinsmitglied hat laut Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) insbesondere folgende Rechte:
Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO, Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO, Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO, Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO, Recht auf Datenübertragbarkeit nach Artikel 20 DSGVO, Widerspruchsrecht nach Artikel 21 DSGVO, Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde nach Artikel 77 DSGVO.