

VPAD Geschäftsstelle, c/o med info GmbH,  
Hainenbachstraße 25, 89522 Heidenheim



Verband des Pneumologischen Assistenzpersonals  
in Deutschland  
Geschäftsstelle  
c/o med info GmbH  
Hainenbachstr. 25  
89522 Heidenheim

---

Verband des pneumologischen  
Assistenzpersonals in Deutschland

Geschäftsstelle  
c/o med info GmbH  
Hainenbachstraße 25  
89522 Heidenheim

Telefon: 07321 946910  
Telefax: 07321 9469130

E-Mail: info@vpad-online.de  
Internet: www.vpad-online.de

Oder per Fax an: 07321 / 9469130  
Weiter Informationen zum VPAD finden Sie auch auf  
www.pneumologenverband.de im Bereich Assistenz!

**Bankverbindung**  
Stadtsparkasse Augsburg  
Konto 250 303 443  
BLZ 720 500 00  
IBAN DE65 7205 0000 0250 3034 43  
BIC AUGSDE77XXX

Antrag auf Mitgliedschaft im Verband des Pneumologischen  
Assistenzpersonals in Deutschland



Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verband des  
Pneumologischen Assistenzpersonals in Deutschland.

**Vorsitzende**  
Marion Saladin

**Stellv. Vorsitzende**  
Therese Kauf

**Schatzmeisterin**  
Franziska Schön-Mayer

---

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Privat- und Postanschrift:

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf \_\_\_\_\_

Dienstanschrift :

Bezeichnung \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Die Satzung des Verbands des Pneumologischen Assistenzpersonals habe ich zur  
Kenntnis genommen und erkenne sie an.

Es wird ein Mitgliedsbeitrag erhoben (derzeit 40,- Euro pro Jahr).

Ich bin damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten zum Zwecke der  
Gewährleistung der Vereinsarbeit vom Vorstand erhoben werden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift



## Datenschutzerklärung

Das Mitglied willigt mit seiner Unterschrift und seinem Beitritt zum Verband des pneumologischen Assistenzpersonals in Deutschland e.V. in die Verarbeitung seiner Daten ein, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben und Zwecke des Verbandes erforderlich ist.

Der Verband sichert absolute Vertraulichkeit und Sicherheit der von ihm verwalteten Daten zu. 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 der Verbandssatzung des Verbandes 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 Verband des pneumologischen Assistenzpersonals zur Verfügung.

---

Ort, Datum      Unterschrift

VPAD Geschäftsstelle, c/o med info GmbH,  
Hainenbachstraße 25, 89522 Heidenheim



Verband des pneumologischen Assistenz-  
Personals in Deutschland  
c/o med info GmbH  
Hainenbachstr. 25  
89522 Heidenheim

---

Verband des pneumologischen  
Assistenzpersonals in Deutschland

Geschäftsstelle  
c/o med info GmbH  
Hainenbachstraße 25  
89522 Heidenheim

Telefon: 07321 946910  
Telefax: 07321 9469130

E-Mail: info@vpad-online.de  
Internet: www.vpad-online.de

**Bankverbindung**  
Stadtsparkasse Augsburg  
Konto 250 303 443  
BLZ 720 500 00  
IBAN DE65 7205 0000 0250 3034 43  
BIC AUGSDE77XXX

Vorsitzende  
Marion Saladin

Stellv. Vorsitzende  
Therese Kauf

Schatzmeisterin  
Franziska Schön-Mayer

---

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

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE53ZZZ00000461123

Hiermit ermächtige ich den Verband des Pneumologischen Assistenzpersonals in Deutschland die wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verband des Pneumologischen Assistenzpersonals in Deutschland 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