

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
Ute Rosenkranz

Schatzmeisterin
Therese Kauf

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
Ute Rosenkranz

Schatzmeisterin
Therese Kauf

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