

## Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in den Verein  
**Medicoos Berufsverband e.V.**  
Naher Weg 56, 48612 Horstmar

Name: \_\_\_\_\_

KV-Sitz:      allein      geteilt, mit: .....

Angestellt:    auf ganzen KV-Sitz    auf halben KV-Sitz    „Jobsharing“

Anschrift (Praxis): \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

BNSR: \_\_\_\_\_ LANR: \_\_\_\_\_

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

Telefon (Praxis): \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

---

**Antwortfax: 02551-1859857-7**

### Einzugsermächtigung

Hiermit wird der Verein **Medicoos Berufsverband e.V.**  
Naher Weg 56, 48612 Horstmar, stets widerruflich ermächtigt, den Mitgliedsbeitrag jährlich im  
Lastschriftverfahren abbuchen zu lassen.

Die Beitragsordnung wurde zur Kenntnis genommen.

Bankinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

## **Beitragsordnung**

Stand: 01.01.2017

Für die Mitgliedschaft im Medicoos e.V. Berufsverband werden verschiedene Beiträge wie folgt festgelegt:

### **Beitritt zur Medicoos**

Für den Beitritt zur Medicoos sind nur selbständig niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und deren angestellte Ärzte im Kreis Steinfurt berechtigt.

Für den Beitritt wird eine einmalige Zahlung als Strukturpauschale erhoben.

- 200 € im Jahr der Niederlassung, oder Anstellung
- 500 € bei einem späteren Beitritt

### **Mitgliedsbeitrag**

Neben der Einmalzahlung werden monatliche Beiträge erhoben. Diese gliedern sich wie folgt:

- pro Kassensitz: 50 € im Monat
- ½ Kassensitz: 25 € im Monat

Die Beiträge werden jährlich eingezogen.  
Änderungen sind vorbehalten.

### **Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz**

Die in der Beitrittserklärung zum medicoos Berufsverband e.V. angegebenen personenbezogenen Daten, wie z.B. Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, Praxisdaten etc., werden ausschließlich für die Zwecke des Berufsverbands erhoben und maschinell verarbeitet. Sinn und Zweck des Berufsverbandes ist im § 2 der Satzung näher erläutert. Um diesen Zweck zu erreichen, bedient sich der Berufsverband weiteren Dienstleistern, die ihrerseits projektbezogene Daten der Mitglieder verarbeiten. Die Dienstleister sichern dem Berufsverband zu die geltenden Datenschutzregeln einzuhalten und Daten niemals an Dritte weiterzugeben.

### **Einwilligung Mitglied**

Ich bin als Mitglied des medicoos Berufsverband e.V. damit einverstanden, dass der Berufsverband meine Personalien (Name, Anschrift, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse, Telefon-/Faxnummer, Kontodaten, berufliche Qualifikationen und vergleichbare persönliche oder praxisbezogene Daten) gemäß dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) erhebt, speichert, nutzt und berechtigten Mitgliedern des Verbandes (z.B. Vorstand oder Dienstleistern) zur Verfügung stellt.

---

**Name, Vorname**

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift**

### **Rechte des Betroffenen**

Sie sind gemäß § 34 BDSG jederzeit berechtigt, gegenüber dem medicoos Berufsverband e.V. um Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 35 BDSG können Sie jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch (Naher Weg 56, 48612 Horstmar), per E-Mail (buero@medicoos.de) oder per Fax (02551 9867015) übermitteln