

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in den Verein
Medicoos Berufsverband e.V.
Naher Weg 14, 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: _____

KIM-Adresse (Praxis): _____

Antwort an: buero@medicoos.de / Fax: 02551 18 59 857-7

Einzugsermächtigung

Hiermit wird der Verein **Medicoos Berufsverband e.V.**
Naher Weg 14, 48612 Horstmar, stets widerruflich ermächtigt, den Mitgliedsbeitrag jährlich im
Lastschriftverfahren abbuchen zu lassen.
Die Beitragsordnung wurde zur Kenntnis genommen.

Kontoinhaber: _____

Bankinstitut: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Datum, Unterschrift

Praxisstempel

Beitragsordnung

Stand: 17.06.2021

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

Beitritt zur Medicoos

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:

- pro Kassensitz: 50 € im Monat
- ½ Kassensitz: 25 € im Monat
- Weiterbildungsassistenz: 10 € im Monat

Die Beiträge werden jährlich per Lastschrift 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, Bild-, Video-, und Tondateien, 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 14, 48612 Horstmar), per E-Mail (buero@medicoos.de) oder per Fax (02551 18 59 857-7) übermitteln.

Veröffentlichung Praxisprofil und Portraitfoto

Für den Eintrag Ihres Praxisprofils benötigen wir folgende ergänzende Informationen.

Titel Vor- / Zuname	
Anerkannte Zusatz- Weiterbildungen nach ÄKWL	
Fortbildungen	

Ich bin mit der Veröffentlichung meines Portraitfotos und Praxisprofils auf der Homepage und in der Netzbroschüre einverstanden. Ja Nein

Das Foto sollte bestmöglich folgende Punkte berücksichtigen:

- Portraitfoto -Kopf und Schultern- im Hochformat (möglichst aktuell)
- ruhiger Hintergrund (z.B. weiße bzw. einfarbige Wand)
- helles Oberteil
- gute Qualität (mind. 1 MB)

.....
Datum, Unterschrift

.....
Praxisstempel

Bitte senden an: buero@medicoos.de / Fax: 02551 18 59 857-7