

IG Med e.V.  
zur Drehscheibe 4  
92637 Weiden  
www.ig-med.de  
email: info@ig-med.de



Per Fax: 0961 39 16 15 99

oder per Post/Email

**INTERESSENGEMEINSCHAFT MEDIZIN E.V.**

# ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Titel: \_\_\_\_\_ Name : \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

Gebietsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich erkläre meinen Beitritt zur IG Med e.V. und verpflichte mich mit meiner Unterschrift die Grundsätze und Ziele des Vereins anzuerkennen und zu unterstützen. Die Satzung der IG Med e.V. habe ich gelesen und verstanden. Siehe [www.ig-med.de](http://www.ig-med.de)

Ich erkläre, dass aktuell keine Interessenkollisionen bestehen.

Ich bin selbständig, freiberuflich tätig als (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Privatarzt
- Kassenarzt
- Psychologischer Psychotherapeut
- Heilberufler \_\_\_\_\_ (Berufsbezeichnung bitte einfügen)
- Ich bin im Ruhestand und nicht mehr selbständig tätig
- Ich beantrage eine Fördermitgliedschaft

SEPA - Lastschriftermächtigung: Gläubiger- ID der IG Med e.V.:

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

Ich ermächtige die IG Med e.V. widerruflich die zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge von derzeit 60.- € per SEPA-Lastschrift einmal jährlich abzubuchen. Die Beitragsordnung ist unter [www.ig-med.de](http://www.ig-med.de) einzusehen

Ort/Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Datenschutzerklärung der IG Med gemäß EU DSGVO



Die aktuelle Satzung und die Beitragsordnung kann unter [www.ig-med.de](http://www.ig-med.de) jederzeit eingesehen werden. Sie werden auch zum Download auf dieser Seite eingestellt. Die Satzung und die Beitragsordnung werden auch auf Wunsch zugesandt.

Mit Eingang des Mitglied-Antrags bei der Geschäftsstelle beginnt die Antragstellung. Der Vorstand kann mit einfacher Mehrheit den Antrag ohne Angabe von Gründen ablehnen.

Mit der elektronischen Verarbeitung/Speicherung meiner Angaben bin ich einverstanden.

Ort: Datum: Unterschrift:

---

Ich willige ein, dass die IG Med als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten, wie Name, Vorname, Titel, Adresse, Gebiets- oder Berufsbezeichnung, Tätigkeit, Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail-Adresse und Bankverbindung ausschließlich zum Zweck der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzugs und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verarbeitet und nutzt. Eine Datenübermittlung an Dritte findet nicht statt. Ebenso wenig findet eine Datenübermittlung für Werbezwecke statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht nach steuerrechtlichen oder anderen gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen.

Jedes Mitglied hat das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied ein Korrekturrecht im Falle von fehlerhaften Daten.

Ort: Datum: Unterschrift:

---

Ich willige ein, dass die IG Med meine E-Mail-Adresse und meine Telefonnummer(n) zum Zwecke der Kommunikation nutzt. Eine Übermittlung der Kontaktdaten an Dritte findet nicht statt.

Ort: Datum: Unterschrift:

---

Ich willige ein, dass die IG Med Bilder von vereinsinternen Veranstaltungen oder von gesellschaftlichen und berufspolitischen Veranstaltungen, an denen der Verein beteiligt ist, auf der Website des Vereins bzw. Social Media –Seiten des Vereins einstellt, oder sonstige Vereinspublikationen veröffentlicht und an die Presse zum Zwecke der Veröffentlichung ohne spezielle Einwilligung des Mitglieds weiter gibt. Abbildungen von namentlich genannten Personen und Kleingruppen bedürfen einer Einwilligung der abgebildeten Personen.

Ort: Datum: Unterschrift:

---

Der Mitgliedsbeitrag wird grundsätzlich im Bankeinzugsverfahren (SEPA-Lastschrift) erhoben. Die Beitragspflicht erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft. Die Kündigung muss schriftlich ( Post, Fax oder E-Mail ) nach § 7 der Satzung zu den entsprechenden Terminen bei der Postanschrift des Vereins eingegangen sein. **Sollte der Termin versäumt werden, verlängert sich die Mitgliedschaft um 1 Kalenderjahr.**

**Zu Zwecken der Mitgliederverwaltung werden die erhobenen persönlichen Daten elektronisch gespeichert.**

Wenn das angegebene Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine

Verpflichtung zur Einlösung. Bei Zurückweisung gehen die daraus resultierenden Bankspesen zu Lasten des säumigen Mitglieds.

Ort: Datum: Unterschrift:

---

**Wir freuen uns auf Sie!**