



Antrag auf Mitgliedschaft

Private Angaben (werden vertraulich behandelt)

Name*:	<input type="text"/>	Vorname*:	<input type="text"/>
Titel:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Postleitzahl*:	<input type="text"/>	Wohnort*:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>		
Telefon*:	<input type="text"/>	Handy:	<input type="text"/>
E-Mail*:	<input type="text"/>	FAX:	<input type="text"/>
Beruf:	<input type="text"/>	Fachbereich*:	<input type="text"/>
Niedergelassen seit:	<input type="text"/>	Tätig in Klinik/Krankenhaus seit:	<input type="text"/>
Ich behandle seit:	<input type="text"/>	Mit folgendem Gerät:	<input type="text"/>
Name der Bank:	<input type="text"/>		
BLZ:	<input type="text"/>	Konto-Nr.:	<input type="text"/>
IBAN:	<input type="text"/>	BIC:	<input type="text"/>

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung (lt. Art 13 DSGVO, s.nächste Seite)

Ich willige ein, dass die Deutschsprachige Internationale Gesellschaft für Extrakorporale Stoßwellentherapie – DIGEST e.V. nachfolgend aufgeführte Angaben zu meiner Praxis sowie ggfs. ein von mir geliefertes persönliches Foto zum Zweck der Publizierung als "zertifizierter Behandler" / "Mitglied mit voller Fachkunde" auf ihrer Webseite www.digest-ev.de veröffentlicht. Meine im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt. Die Erhebung, Verarbeitung und Veröffentlichung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Mein Einverständnis kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Meine Widerrufserklärung werde ich richten an:

Geschäftsstelle DIGEST e.V. Mommsenstr. 17 10629 Berlin Fax: +49(0)30- 323 25 25 Mail: info@digest-ev.de

Angaben zur Praxis

Praxisname:	<input type="text"/>	Bundesland:	<input type="text" value="Bitte auswählen"/>
Landkreis:	<input type="text"/>	Postleitzahl:	<input type="text"/>
Ort:	<input type="text"/>	Straße:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text" value="@"/>	Website:	<input type="text"/>

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Deutschsprachige Internationale Gesellschaft für Extrakorporale Stoßwellentherapie - DIGEST e.V. Ich bin einverstanden, dass die DIGEST e.V. einen einmaligen Aufnahmebeitrag in Höhe von 100,- €, sowie die von der Mitgliederversammlung beschlossenen jährlichen Mitgliedsbeiträge (z. Zt. 90,- €) von meinem Konto abbucht. Mitglieder, die nicht am Abbuchungsverfahren teilnehmen (Rechnungsempfänger), zahlen wegen des erhöhten Aufwandes 110,- € Jahresbeitrag.

Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate zum Jahresende.

Von der beigefügten Datenschutz Grundverordnung nach Art. 13 (DSGVO) habe ich Kenntnis genommen.

Ort: Datum:

Stempel: Unterschrift:

[Formular drucken](#)

[Alle Angaben löschen](#)



Datenschutzbestimmungen nach Art. 13 Datenschutz Grundverordnung (DSGVO)

Ich willige ein, dass die oben genannte Gesellschaft als verantwortliche Stelle, die in dem Antrag auf Mitgliedschaft erhobenen personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Faxnummer, Beruf, Fachbereich und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Gesellschaftsinformationen durch die Gesellschaft verarbeitet und genutzt werden. Eine Datenübermittlung an Dritte außerhalb der Gesellschaft findet nicht statt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet ebenfalls nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes/Datenschutzgrundverordnung das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass die Deutschsprachige Internationale Gesellschaft für Extrakorporale Stoßwellentherapie – DIGEST e.V. nachfolgend aufgeführte Angaben zu meiner Praxis sowie ggfs. ein von mir geliefertes persönliches Foto zum Zweck der Publizierung als "zertifizierter Behandler" / "Mitglied mit voller Fachkunde" auf ihrer Webseite www.digest-ev.de veröffentlicht. Meine im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt. Die Erhebung, Verarbeitung und Veröffentlichung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Mein Einverständnis kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Meine Widerrufserklärung werde ich richten an: DIGEST e.V., Mommsenstraße 17, 10629 Berlin, Fax: +49 (0)211-15208851 , E-Mail: dr.georg@wille.de.

Zur Kenntnis genommen:

Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift
-------	-------------------------	--------------