

Antrag auf Mitgliedschaft

Dieses Formular bitte ausgefüllt an den Vorstand zurück

- vorzugsweise per E-Mail an vorstand@urotherapie.de
- oder per Post an den Vereinssitz:
D-A-CH e.V.
Isabell Seiwert
Südliche Ingolstädter Str. 58
85716 Unterschleißheim



Vereinssitz:
D-A-CH e.V.
Isabell Seiwert
Südliche Ingolstädter Str. 58
85716 Unterschleißheim

Telefon:
0151 266 177 36

E-Mail:
vorstand@urotherapie.de

Erste Vorsitzende:
Isabell Seiwert (D)

Zweite Vorsitzende:
Brigitte Schuster (D)

Ich beantrage die Aufnahme in die **D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e.V.**

zum _____

Persönliche Angaben

Name:*	Geburtsdatum:*
Vorname:*	Ausgeübter Beruf:*
Adresse privat :* PLZ/Ort/Straße/Nr	Adresse beruflich : PLZ/Ort/Straße/Nr
Telefon privat :*	Telefon beruflich :
E-Mail privat :*	E-Mail beruflich :

*Pflichtfelder, bitte vollständig ausfüllen.

Vom Inhalt der Satzung in der Fassung vom 25.02.2016 habe ich Kenntnis genommen. Der Jahresbeitrag beträgt 60 € / 65 CHF und wird mittels Einzugsermächtigung und eines SEPA – Lastschriftmandats erhoben. Ohne Einzugsermächtigung kann der Antrag nicht bearbeitet werden.

Ort

Unterschrift Antragssteller

Datum

(vom Verein auszufüllen)
Mitgliedsnummer _____

Mitglied mit Qualifikation UrotherapeutIn
Mitglied ohne Qualifikation UrotherapeutIn

Bankverbindung:
Volksbank Halle

IBAN:
DE21 8009 3784 0004 6815 33

BIC:
GENODEF1HAL

Steuernummer:
222/5733/1982



Erteilung der Einzugsermächtigung und des SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers:

Vereinsitz:

D-A-CH e.V. Isabell Seiwert

Südliche Ingolstädter Str. 58

85716 Unterschleißheim

Gläubigeridentifikationsnummer:

DE41ZZZ00001998304

Mandatsreferenz:

Jahresbeitrag D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e.V.,

Mitgliedsnummer _____

Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e.V. Zahlungen bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich das Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Die Abbuchung erfolgt nach Bearbeitung des Aufnahmeantrags und dann zum 1. Februar jeden Jahres.

Kontoinhaber:*	
Kreditinstitut:*	
IBAN:*	
BIC:*	

*Pflichtfelder, bitte vollständig ausfüllen.

Ort

Unterschrift Antragssteller

Datum

Vereinsitz:

D-A-CH e.V.
Isabell Seiwert
Südliche Ingolstädter Str. 58
85716 Unterschleißheim

Telefon:

0151 266 177 36

E-Mail:

vorstand@urotherapie.de

Erste Vorsitzende:

Isabell Seiwert (D)

Zweite Vorsitzende:

Brigitte Schuster (D)

Bankverbindung:

Volksbank Halle

IBAN:

DE21 8009 3784 0004 6815 33

BIC:

GENODEF1HAL

Steuernummer:

222/5733/1982



Datenschutz und Einwilligung Fotoaufnahmen

Liebes Mitglied,

um die Außendarstellung unseres Vereins weiter zu optimieren, möchten wir unsere Mitglieder auf der Internetseite des Vereins, in sozialen Netzwerken oder in Printmedien namentlich und mit Lichtbild vorstellen. Wir möchten Sie gerne bitten, uns eine Einwilligung für die Verwendung von Foto- und Videomaterial zu erteilen, soweit diese Fotos oder Videos von uns im Zusammenhang mit Ihrer Tätigkeit für unseren Verein erstellt worden sind.

Außerdem erklären Sie sich mit Ihrer Mitgliedschaft einverstanden, dass Ihre die Mitgliedschaft betreffenden personenbezogenen Daten elektronisch gespeichert und zum Zwecke des Vereins genutzt und bearbeitet werden. Ergänzend gelten die Regelungen des BDSG in der jeweiligen Fassung. Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Wichtige Hinweise:

Ihre Einwilligung ist selbstverständlich freiwillig und Sie können sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen. Wenn Sie die Einwilligung nicht erteilen möchten, wird dies keinerlei Konsequenzen im Zusammenhang mit Ihrer Mitgliedschaft haben. Im Falle eines Widerrufs werden wir die Fotos und den Namen unverzüglich von unserer Internetseite entfernen sowie Ihre personenbezogenen Daten löschen.

Einwilligungserklärung

Vorname: _____

Nachname: _____

Ja, ich bin damit einverstanden, dass mein Foto und mein Name auf der Internetseite des Vereins sowie in Printmedien veröffentlicht werden.

Ja, ich bin damit einverstanden, dass erstellte Filmaufnahmen von mir in Videos im Internet oder anderen Medien (z.B. DVD) verwendet werden. Dies beinhaltet auch die Bereitstellung in Videoportalen wie z.B. YouTube.

Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten für die Vereinszwecke genutzt werden dürfen, soweit dies erforderlich ist.

Ort

Unterschrift Antragssteller

Datum

Vereinssitz:
D-A-CH e.V.
Isabell Seiwert
Südliche Ingolstädter Str. 58
85716 Unterschleißheim

Telefon:
0151 266 177 36

E-Mail:
vorstand@urotherapie.de

Erste Vorsitzende:
Isabell Seiwert (D)

Zweite Vorsitzende:
Brigitte Schuster (D)

Bankverbindung:
Volksbank Halle

IBAN:
DE21 8009 3784 0004 6815 33

BIC:
GENODEF1HAL

Steuernummer:
222/5733/1982



Datenerfassungsbogen

Welche Angaben sollen von Ihnen auf der Webseite www.urotherapie.de/ch/at erscheinen?

Bitte so wie gewünscht hier ausfüllen, alle Angaben sind freiwillig.

(Die bereits angegebenen Daten aus dem Anmeldeformular werden nur für Vereinszwecke verwendet.)

.....
Name Vorname

.....
ggf. Firmenname oder Beruf/ Funktion

.....
PLZ Ort Land

.....
Straße Nr

.....
Tel. Privat Tel. Geschäftlich

.....
Mail-Adresse Webseite

Ich möchte eine@urotherapie.de/ ch/ at - Adresse haben

..... @urotherapie.de ch at

Ich möchte eine automatische E-Mail-Weiterleitung an folgende E-Mailadresse:

.....

Ich möchte mit meiner Handynummer in die Whatsapp-Gruppe der Urotherapeuten aufgenommen werden

Ort

Unterschrift Antragssteller

Datum

Vereinsitz:
D-A-CH e.V.
Isabell Seiwert
Südliche Ingolstädter Str. 58
85716 Unterschleißheim

Telefon:
0151 266 177 36

E-Mail:
vorstand@urotherapie.de

Erste Vorsitzende:
Isabell Seiwert (D)

Zweite Vorsitzende:
Brigitte Schuster (D)

Bankverbindung:
Volksbank Halle

IBAN:
DE21 8009 3784 0004 6815 33

BIC:
GENODEF1HAL

Steuernummer:
222/5733/1982