



# Aufnahmeantrag

(vorzugsweise per E-Mail an [vorstand@urotherapie.de](mailto:vorstand@urotherapie.de))

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

zum \_\_\_\_\_

## Persönliche Angaben

Name:*	Geburtsdatum:*
Vorname:*	Ausgeübter Beruf:*
Adresse privat:*	Adresse beruflich:
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, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragssteller

(vom Verein auszufüllen)  
Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Mitglied mit Qualifikation UrotherapeutIn   
Mitglied ohne Qualifikation UrotherapeutIn

### Vereinsitz:

Universitätsklinikum Bonn  
Urologische Poliklinik  
Sigmund-Freud-Str. 25  
53127 Bonn  
Deutschland

Telefon:  
0228-2870

E-Mail:  
[vorstand@urotherapie.de](mailto:vorstand@urotherapie.de)

**Erster Vorsitzender:**  
Thomas Engels (D)

**Zweiter Vorsitzende:**  
Sven Hornung (D)

### Bankverbindung:

Postbank Dortmund

**IBAN:**  
DE90440100460343853464  
**BIC:**  
PBNKDEFF



## Erteilung der Einzugsermächtigung und des SEPA-Lastschriftmandats

**Name des Zahlungsempfängers:**

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

**Anschrift des Zahlungsempfängers:**

Universitätsklinikum Bonn Urotherapie – Urologische Klinik  
Sigmund-Freud-Straße 25, 53127 Bonn

**Gläubigeridentifikationsnummer:**

DE \_\_\_\_\_

**Mandatsreferenz:**

Jahresbeitrag D-A-CH Vereinigung für Urotherapie e.V.,  
Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

**Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger D-A-CH Vereinigung für 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, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



## 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, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



# Datenerfassungsbogen

Welche Angaben sollen von Ihnen auf der Webseite [www.urotherapie.de/ch/at](http://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 \_\_\_\_\_ Geb.datum \_\_\_\_\_

Straße/PLZ/Ort/Land \_\_\_\_\_

Tel. Privat    Geschäftl.    bitte ankreuzen)    mobil \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_ Webseite \_\_\_\_\_ Beruf/Funktion \_\_\_\_\_

Ja, ich möchte eine ...@urotherapie.de/ch/at –Adresse haben. Bitte in Druckbuchstaben vor dem @-Zeichen einfügen  
.....@urotherapie.de  /ch  /at

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

Ich möchte ein E-Mail-Konto, um auch E-Mails mit der Endung ...@urotherapie.de/at/ch versenden zu können

Nein, ich möchte keine ...@urotherapie.de/ch/at - Adresse

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

Whatsapp    Signal

## Dieses Formular bitte ausgefüllt an den Vorstand zurück

- eingescannt per Email an [vorstand@urotherapie.de](mailto:vorstand@urotherapie.de)
- oder per Post an den Vereinssitz D-A-CH Vereinigung für Urotherapie e.V. Universitätsklinikum Bonn, Urotherapie - Urologische Klinik, z.Hd. Thomas Engels, Sigmund-Freud-Str. 25, 53127 Bonn
- oder per Fax an Christine Kaffer + 49 (0) 8231 98 80 862

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

### Vereinssitz:

Universitätsklinikum Bonn  
Urologische Poliklinik  
Sigmund-Freud-Str. 25  
53127 Bonn  
Deutschland

Telefon:  
0228-2870

E-Mail:  
[vorstand@urotherapie.de](mailto:vorstand@urotherapie.de)

**Erster Vorsitzender:**  
Thomas Engels (D)

**Zweiter Vorsitzende:**  
Sven Hornung (D)

### Bankverbindung:

Postbank Dortmund

**IBAN:**  
DE90440100460343853464  
**BIC:**  
PBNKDEFF