



27. November 2024

## Mitgliedsantrag

<b>Praxisanschrift</b>	
Titel; Name, Vorname: _____	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ; Ort: _____	
E-Mail: _____	
Homepage: _____	
Tel.: _____ Fax: _____	
Geb. Datum: _____	
<b>Privatanschrift</b>	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ; Ort: _____	
E-Mail: _____	
Tel.: _____ Fax: _____	
<b>Beitragsgruppe-Jahresbeitrag (bitte ankreuzen)</b>	
<input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt	750 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Chefarzt	400 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Beamteter Arzt / Angestellter	175 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Ruheständler	20 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Kinderpneumologen (eigener BAPP Verband)	0 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Neu Mitglied 1. Halbjahr (1.1.-30.6.)	1/2 Jahresbeitrag
<input type="checkbox"/> Neu-Mitglied 2. Halbjahr (1.7.-31.12.)*	0€ laufendem Jahr
(*dieser Neuzugang zahlt voll ab dem Folgejahr)	

**Berufsverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner in Niedersachsen – Bremen e.V.**

Ein Landesverband im  
Bundesverband der Pneumologen, Schlaf-  
und Beatmungsmediziner

**Anschrift**

Berufsverband der Pneumologen, Schlaf-  
und Beatmungsmediziner in  
Niedersachsen – Bremen e.V.  
Unter den Linden 10  
10117 Berlin

Telefon: 030 700 140 445

info@pneumologenverband.de  
www.bns.pneumologenverband.de

**Bankverbindung**

Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
IBAN DE62 3006 0601 0004 1139 76  
BIC DAAEDEDXXX

**1. Vorsitzender**

Dr. Henning Geldmacher

**2. Vorsitzender**

Dr. Mark Voss-Dirks

**Schriftführer**

Dr. Hans Jörg Baumann

**Schatzmeisterin**

Tanja Fahrenhorst

**Vereinsregisternummer**

3014

**Amtsgericht**

Hannover

**Geschäftsstelle**

c/o BdP Schlaf- und Beatmungsmediziner  
e.V.

Unter den Linden 10  
10117 Berlin



## **Datenschutzerklärung**

Das Mitglied willigt mit seiner Unterschrift und seinem Beitritt zum Berufsverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner in Niedersachsen – Bremen e.V. in die Verarbeitung seiner Daten ein, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben und Zwecke des Verbandes erforderlich ist.

Einwilligung wird ebenfalls erteilt für die Weitergabe der oben stehenden Daten an den Bundesverband, der diese ebenfalls verarbeiten darf. Der Landesverband sichert absolute Vertraulichkeit und Sicherheit der von ihm verwalteten Daten zu. Die Weitergabe an den Bundesverband erfolgt nur in dem jeweils erforderlichen Umfang. Sofern die Verarbeitung dieser Daten im Rahmen einer Auftragsverarbeitung erfolgt, ist ein entsprechender Vertrag mit einer Verpflichtung auf den Datenschutz abgeschlossen.

Die Daten werden zur Erfüllung der Zwecke gem. § 2 Nr. 1 der Satzung des Berufsverbandes nur so lange gespeichert, wie es zur Erfüllung der o.g. Zwecke oder geltenden Rechtsvorschriften erforderlich ist. Sollte das Mitglied die Löschung seiner Daten wünschen, werden die Daten unverzüglich gelöscht, soweit der Löschung nicht rechtliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen. Das Mitglied erklärt mit seiner Unterschrift, dass es die Einwilligung in die Datenverarbeitung freiwillig und in Kenntnis seiner Rechte als betroffene Person nach der DSGVO – in Form eines Auskunftsrechts, Recht auf Berichtigung oder Löschung der Daten, Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung und insbesondere Recht auf Widerruf der erteilten Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft – erteilt. Sofern das Mitglied mit der beschriebenen Vorgehensweise nicht einverstanden ist, kann es bei der zuständigen Datenschutz-Aufsichtsbehörde eine Beschwerde einreichen.

Der Datenschutzbeauftragte steht außerdem für Rückfragen bezüglich des Datenschutzes im Berufsverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner in Niedersachsen – Bremen e.V. zur Verfügung.

---

Ort, Datum    Unterschrift



Berufsverband der Pneumologen, Schlaf- und  
Beatmungsmediziner in Niedersachsen – Bremen e.V.  
Unter den Linden 10  
10117 Berlin

<b>SEPA-Lastschriftmandat</b>	
Titel; Name; Vorname: _____	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ; Ort: _____	
Kreditinstitut: _____	
IBAN: DE ___   ____   ____   ____   ____   ____	
BIC: _____	

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE64 ZZZ 00000 461119

Hiermit ermächtige ich den Berufsverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner in Niedersachsen – Bremen e.V. die wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Berufsverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner in Niedersachsen – Bremen e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

Ort      Datum                      Unterschrift



Berufsverband der Pneumologen,  
Schlaf- und Beatmungsmediziner  
in Niedersachsen-Bremen e.V.

Niedersachsen und Bremen