



4. April 2024

## Mitgliedsantrag

Praxisanschrift	
Titel; Name, Vorname: _____	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ; Ort: _____	
E-Mail: _____	
Homepage: _____	
Tel.: _____ Fax: _____	
Geb. Datum: _____	
Privatanschrift	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ; Ort: _____	
E-Mail: _____	
Tel.: _____ Fax: _____	
Beitragsgruppe (bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Niedergelassener Ärzte/ Ärzte in BAG	900 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Leitende MVZ Ärzte	750 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Chefärzte	200 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst/Oberärzte/angestellte Ärzte	100 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Assistenzärzte / Ärzte in Weiterbildung	0 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Ruhestand	0 EURO/Jahr

**Berufsverband für Pneumologie,  
Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin  
Nordrhein e. V.**

Ein Landesverband im  
Bundesverband der Pneumologen, Schlaf-  
und Beatmungsmediziner

**Anschrift**

Berufsverband für Pneumologie,  
Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin  
Nordrhein e. V.  
Unter den Linden 10  
10117 Berlin

Telefon: 030 700 140 445

info@pneumologenverband.de  
www.nordrhein.pneumologenverband.de

**Bankverbindung**

Sparkasse Neuss  
IBAN DE18 3055 0000 0093 3471 85  
BIC WELADEDN

**Vorsitzender**

Norbert Karl Mülleneisen

**1. Stellv. Vorsitzender**

Dr. Susanna Jörger-Tuti

**2. Stellv. Vorsitzender**

Dr. Anas Al-Sawaf

**Schriftführer**

Prof. Dr. med. Christian Taube

**Schatzmeister**

Wolfgang Wende

**Vereinsregisternummer**

4536

**Amtsgericht**

Düsseldorf

**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 für Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin Nordrhein 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 für Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin Nordrhein e. V. zur Verfügung.

---

Ort, Datum    Unterschrift



Seite 3 des Schreibens vom 4. April 2024

Berufsverband für Pneumologie, Allergologie,  
Schlaf- und Beatmungsmedizin Nordrhein 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: DE21 ZZZ 00000 461117

Hiermit ermächtige ich den Berufsverband für Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin Nordrhein e.V. die wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Berufsverband für Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin Nordrhein 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