# Ärzteverein Lippstadt

120 Jahre
Ärzteverein
Lippstadt
1902—2022

**Der Vorstand**
Marcel Coenen (1. Vorsitzender)
Anke Döhring (2. Vorsitzende)
Peter Vomhof (Kassenwart)
Henning Bovenschulte (Schriftführer)
Marc Schlösser (Vertreter DFH)
Tilmann Gresing (Vertreter EVK)

Kontakt: vorstand@aevl.de

# Mitgliedsantrag

## SEPA-Lastschriftmandat und Datenschutzerklärung

**Hiermit beantrage ich mit Wirkung zum ____.____._____**
**die Mitgliedschaft im Ärzteverein Lippstadt e.V..**
**Ich erkenne die Satzung in der jeweils gültigen Fassung an.**

**Aktueller Jahresbeitrag: 40€** **Zahlungsweise: jährlicher Lastschrifteinzug**

**Pflichtangaben: Für die *Mitgliederverwaltung* notwendige Daten***

Titel: _____ Straße, Nr.*: _____

Vorname: _____ PLZ, Ort*: _____

Nachname: _____ Telefon*: _____

Geb.Datum: _____ E-Mail*: _____

Facharzt/-ärztin für: _____

***Freiwillige Angaben:* Folgende Daten sollen (zusätzlich zu Titel, Vorname, Name und Fachrichtung) auf der Internetseite des Ärztevereins veröffentlich werden**

Name Praxis/Krankenhaus: _____

Krankenhaus – Abteilung: _____

Krankenhaus – Funktion: _____

Straße, Nr.; PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Fax: _____ Website: _____

**Datum:** _____ **Unterschrift:** _____

* Bitte nennen Sie uns hier bevorzugt **PRIVATE** Kontaktdaten, damit wir Sie unabhängig von Ihrer aktuellen beruflichen Tätigkeit kontaktieren können! Die Kommunikation erfolgt primär per Email!

# SEPA-Lastschriftmandat

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige den Ärzteverein Lippstadt e.V. widerruflich, die Beiträge bei Fälligkeit durch Lastschriften von meinem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige den Ärzteverein Lippstadt e.V. (Gläubiger-ID: DE62AVL00002507370), den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Ärzteverein Lippstadt e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Meine Mandatsreferenznummer wird mir separat mitgeteilt.

**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.

**Der Mitgliedsbeitrag wird spätestens am 31.07. jeden Jahres belastet.** Ist dieser Tag ein Samstag, Sonntag oder Feiertag, erfolgt die Belastung am darauf folgenden Bankarbeitstag.

**Meine Kontoverbindung lautet:**

<table>
<tr><td colspan="3">IBAN:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Kreditinstitut:</td><td>BIC:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Bei abweichendem Kontoinhaber: Name, Adresse</td></tr>
<tr><td>Datum:</td><td colspan="2">Unterschrift des Kontoinhabers:</td></tr>
</table>

# Datenschutzerklärung

Um Sie als Mitglied in unseren Verein aufzunehmen, mit Ihnen im Rahmen der Vereinstätigkeiten Kontakt aufzunehmen und das Lastschriftverfahren abwickeln zu können, erheben wir einige personenbezogene Daten von Ihnen. Im Sinne von Art. 13 Abs. 1 und Abs. 2 DSGVO möchten wir hiermit unserer Informationspflicht Ihnen gegenüber nachkommen.

**Datenverarbeitende Stellen:**

Ärzteverein Lippstadt e.V., Marcel Coenen, Nüskenkamp 8, 59555 Lippstadt

Verantwortliche:

- Coenen, Dr. med. Marcel (1. Vorsitzender), Nüskenkamp 8, 59555 Lippstadt, vorsitz@aevl.de
- Döhring, Anke (2. Vorsitzende), Curiestr. 15, 59557 Lippstadt, vorstand@aevl.de
- Vomhof, Dr. med. Peter (Kassenwart), Königsau 7, 59555 Lippstadt, kassenwart@aevl.de
- Bovenschulte, Dr. med. Henning (Schriftführer), Klosterstr. 31, 59555 Lippstadt, schriftfuehrer@aevl.de

| **Art der Daten** | **Zweck der Datenerhebung** |
|---|---|
| Name, Vorname, Beruf | Mitgliederbetreuung und -verwaltung, Mitteilung der SEPA-Mandatsreferenz, Erstellung von Mitgliederschreiben, Erstellen von Spendenbescheinigungen, Kontaktaufnahme bei Problemen mit Lastschriftverkehr, Einrichtung von Lastschriftverfahren |
| Adresse, Emailadresse | |
| Beitragshöhe | Einrichtung von Lastschriftverfahren, Erstellen von Spendenbescheinigungen |
| Bankverbindung | Einrichtung von Lastschriftverfahren |
| Eintrittsdatum | Ehrung für Mitgliedschaftsdauer |

**Berechtigte Interessen:** I.S.d. Art. 6 Abs. 1 lit. b) bzw. f) DSGVO kann der Ärzteverein sein Vereinsziel, welches u.a. darin besteht, die Interessen und den kollegialen Austausch der Lippstädter Ärztinnen und Ärzte wahrzunehmen und zu fördern, nur verfolgen, wenn er in der Lage ist, die dafür notwendigen Beiträge im automatisierten Lastschriftverfahren einzuziehen. Es ist vom organisatorischen Aufwand her nicht zu vertreten, den Zahlungsverkehr über Barzahlungen oder Überweisungen der Mitglieder abzuwickeln. Das Ausstellen von Spendenbescheinigungen ist ohne die Erhebung von Daten der Spender nicht möglich. Auch die Mitglieder haben ein Interesse, den Zahlungsverkehr zu vereinfachen.

**Empfänger:** Name, Vornamen, Adresse, Beitragshöhe und Bankverbindung werden an die Deutsche Bank Lippstadt während der Durchführung des SEPA-Lastschriftverfahrens übermittelt.

**Datenübermittlung in Drittstaaten:** Keine

**Speicherdauer:** Die personenbezogenen Daten werden aus steuerrechtlichen Gründen für 10 Jahre nach Ende der Mitgliedschaft aufbewahrt und danach gelöscht.

**Recht auf Auskunft, Löschung, Sperrung:** Sie haben jederzeit das Recht auf unentgeltliche Auskunft über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten, deren Herkunft und Empfänger und den Zweck der Datenverarbeitung sowie ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten. Außerdem haben Sie das Recht, die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzuschränken oder ihr zu widersprechen. Hierzu sowie zu weiteren Fragen zum Thema personenbezogene Daten können Sie sich jederzeit unter der oben genannten Adressen an unseren Vorstand wenden.

**Widerrufsrecht:** Sie haben jederzeit das Recht, der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch den Verein der Freunde und Förderer e.V. zu widersprechen. Dieses hat in schriftlicher Form zu erfolgen. Wenden Sie sich dazu per Post oder E-Mail an unseren Vorstand.

**Beschwerderecht:** Sie haben jederzeit das Recht, sich mit Beschwerden an die Aufsichtsbehörde (Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf) zu wenden.

| | |
|---|---|
| **Datenschutzrechtliche Einwilligung:** Hiermit willige ich in die Verarbeitung der von mir hier angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Vereinsverwaltung ein. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur zur Durchführung des Lastschriftverfahrens. Die Löschung meiner Daten erfolgt aus Gründen der steuerrechtlichen Nachweispflicht erst 10 Jahre nach Beendigung meiner Mitgliedschaft. Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit ohne Angaben von Gründen schriftlich beim Vorstand widerrufen werden. Die ausführliche Datenschutzerklärung nehme ich hiermit zur Kenntnis. | |
| Datum: | Unterschrift: |