

Bundesarbeitsgemeinschaft
Pädiatrische Pneumologie e.V.
Hainenbachstr. 25
89522 Heidenheim

Geschäftsstelle der BAPP

Hainenbachstraße 25
89522 Heidenheim

Telefon: 07321 94691-20
Telefax: 07321 94691-30
E-Mail: info@bapp-ev.de
Internet: www.bapp-ev.de

Mitgliedsantrag

Praxisanschrift	
Praxisname: _____	
Titel; Name, Vorname: _____	
Straße; Nr.: _____	
PLZ; Ort: _____	
Homepage: _____	
Tel.: _____ Fax: _____	
Geb. Datum: _____	
Bundesland: _____	
Gewünschtes Eintrittsdatum: _____ / Eintritt ab sofort <input type="checkbox"/>	
Antrag nach BAPP Satzung:	
<input type="checkbox"/> §4 1a) Tätigkeit in eigener Praxis (niedergelassen seit: _____)	
<input type="checkbox"/> §4 2) in Praxis angestellt (angestellt seit: _____)	
Bestätigung des Angestelltenverhältnisses durch den Praxisinhaber:	
Name/Unterschrift Praxisinhaber: _____	
Privatanschrift	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ; Ort: _____	
Tel.: _____ Fax: _____	
E-Mail-Adresse für die Verbandskommunikation / Erhalt von Verbandsinformationen:	

Jahresbeitrag	250,00 EUR

Bitte wenden!

Seite 2

Geschäftsstelle der BAPP
c/o GRÜN med info GmbH
Hainenbachstr. 25
89522 Heidenheim

☐ Den Nachweis über die Weiterbildung "Kinder- und Jugend-Pneumologie" habe ich beigelegt.
(für die Aufnahme erforderlich)

☐ Eintrag der Praxisadresse in den „BAPP Kinderlungenatlas“ gewünscht.
(<https://bapp-ev.de/kinderlungenatlas/>)

Ort, Datum

Unterschrift

Geschäftsstelle der BAPP
c/o GRÜN med info GmbH
Hainenbachstr. 25
89522 Heidenheim

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

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 81 ZZZ 00000 458582

Hiermit ermächtige ich die Bundesarbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie e.V. die wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BAPP 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
-----	-------	--------------

Datenschutzerklärung

Das Mitglied willigt mit seiner Unterschrift und seinem Beitritt zur Bundesarbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie e.V. in die Verarbeitung seiner Daten ein, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben und Zwecke des Verbandes erforderlich ist.

Die Daten werden zur Erfüllung der Zwecke gem. § 2 Nr. 1 der Satzung des Verbandes 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.

Ergänzende Informationen zu Ihren Rechten im Falle der Verarbeitung personenbezogener Daten und über die Geltung und Inhalt der DSGVO finden Sie auf der Seite <https://bapp-ev.de/datenschutz/>.