

## Antrag auf Mitgliedschaft

(bitte postalisch an Neurologinnen Netzwerk e.V. Falkstraße 34, 60487 Frankfurt am Main oder per e-mail an [mail@neurologinnen-netzwerk.de](mailto:mail@neurologinnen-netzwerk.de))

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Neurologinnen Netzwerk e.V. als

- Ordentliches Mitglied
  - Regelbeitrag von €40 gemäß Beitragsordnung
  - Freiwillig erhöhter Beitrag von \_\_\_\_\_
  - Rentnerinnen/Erwerbslose (beitragsfrei)
- Fördermitglied (außerordentliche Mitglieder)
- Studierende (im \_\_\_ Semester) (beitragsfrei)

Name	
Vorname	
ggf. Titel	
Geburtsdatum	
Handynummer	
E-Mail	
Privatadresse	
PLZ, Ort	
Arbeitsadresse	
PLZ, Ort	
Fachabteilung/ Niederlassung/o.Ä.	
Berufliche Tätigkeit (Assistenz-/ Fach-/ Ober-/ Chefärztin, selbstständig/ niedergelassen/ in Anstellung ggf. Zusatzbezeichnungen	
weitere Mitgliedschaften (Fachgesellschaften/ Gremien/ Berufsverbände etc.	
EFN Nummer	

Ich bin auf das Neurologinnen Netzwerk aufmerksam geworden durch:

- Persönliche Empfehlung
- Internet
- Social media
- im Rahmen einer Veranstaltung: \_\_\_\_\_
- Sonstige: \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass die Mitgliedschaft erst mit dem Aufnahmebeschluss durch den Vorstand beginnt.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

### **Erklärungen zum Datenschutz**

#### **Einverständnis zur Datenerhebung, -speicherung und -weitergabe**

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Nutzung meiner o.g. personenbezogenen Daten zu Vereinszwecken einverstanden. Das Neurologinnen Netzwerk e.V. erhebt, verarbeitet und nutzt die personenbezogenen Daten ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und der in seiner Satzung aufgeführten Zwecke und Aufgaben. Die personenbezogenen Daten werden vertraulich behandelt. Beim Austritt aus dem Neurologinnen Netzwerk e.V. werden die personenbezogenen Daten aus der laufenden Mitgliederverwaltung gelöscht.

Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

### **Einverständnis zur Veröffentlichung und Weitergabe von Fotos**

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein im Zusammenhang mit dem Vereinszweck sowie satzungsgemäßen Veranstaltungen personenbezogene Daten und Fotos von mir auf der Homepage des Vereins und in sozialen Medien veröffentlicht und diese ggf. an Print- und andere Medien übermittelt. Veröffentlicht werden ggf. Fotos, der Name, die Funktion im Verein. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit gegenüber dem Vorstand der Veröffentlichung von Einzelfotos und persönlichen Daten widersprechen kann. In diesem Fall wird die Übermittlung/Veröffentlichung unverzüglich für die Zukunft eingestellt. Etwa bereits auf der Homepage des Vereins veröffentlichte Fotos und Daten werden dann unverzüglich entfernt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

### **Vertraulichkeitsvereinbarung**

Innerhalb des Vereins werden ggf. persönliche, vertrauliche und klinikinterne Informationen und Geschichten geteilt. Diese Informationen dürfen nicht geteilt, weitergegeben oder an Dritte weitergeleitet werden. Dies betrifft beispielsweise Screenshots oder Kopien der Chats genauso wie eine mündliche oder schriftliche Wiedergabe vereinsinterner Kommunikation. Ausnahmen können nur nach ausdrücklichem Einverständnis mit allen Betroffenen gemacht werden und sind im Einzelnen aktiv zu erfragen. Mit dem Eintritt in den Verein Neurologinnen Netzwerk e.V. erklärt das Mitglied seine Zustimmung zu dieser Vertraulichkeitsvereinbarung. Zuwiderhandlungen können zum Ausschluss aus dem Verein führen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

**Neurologinnen Netzwerk e.V.**

**Falkstraße 34**

**60487 Frankfurt am Main**

Gläubiger Identifikationsnummer: DE12 5125 0000 0004 2135 05

Taunus Sparkasse

Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag

### **Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftmandat**

Hiermit ermächtige ich/wir widerruflich das Neurologinnen Netzwerk e.V. den von mir/uns zu entrichtenden Jahresbeitrag bei Fälligkeit von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich /weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Neurologinnen Netzwerk e.V. auf mein/unser Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber/in \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Bankinstitut \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift