

Aufnahmeantrag/Mitgliedschaft beim MEDI Bayern e.V.

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als Mitglied in den MEDI Bayern e.V. und stelle dem Verein meine aktuellen Daten zur Mitgliederdatenpflege unter Berücksichtigung des aktuellen Datenschutzes (s.u.) zur Verfügung. Der volle Jahresbeitrag* wird bargeldlos pauschal per SEPA-Lastschriftmandat erst zum zweiten Jahr der Mitgliedschaft eingezogen. Dieser erste Jahresbeitrag wird monatlich anteilmäßig reduziert (€11.-/Monat) gerechnet am Datum der Aufnahme als ordentliches Mitglied. Die Ermächtigung hierfür habe ich separat auf der Rückseite erteilt. Auf Wunsch kann ich auch per Rechnung den Mitgliedsbeitrag überweisen.

Anrede		Titel	
Vorname		Geburtsdatum	
Nachname			
Gebietsbezeichnung/Fachgebiet			
LANR	HBSNR	NBSNR	
Straße und Hausnummer			
PLZ	Ort		
Telefon	Fax	Mobil	
E-Mail			
Gemeinschaftspraxis mit		Angestellt bei	

An der vertragsärztlichen Versorgung bin ich beteiligt als (bitte ankreuzen):

niedergelassene/r Arzt/Ärztin
 angestellte/r Arzt/Ärztin
 ermächtigte/r Arzt/Ärztin
 niedergelassene/r psychologische/r Psychotherapeut/in bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in (PP/KJP)
 angestellte/r psychologische/r Psychotherapeut/in bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in (PP/KJP)
 Sonstige (Privatarzt/Ärztin, Studierende/r, Auszubildende/r zum Psychotherapeuten, Sicherstellungsassistent/in oder Entlastungsassistent/in, Senior/in).

Mit der Aufnahme als Mitglied erkenne ich die Regelungen in der Satzung des MEDI Bayern e.V. als für mich verbindlich an und bevollmächtige den MEDI Bayern e.V., mir durch Gesetz im Rahmen der ärztlichen bzw. nichtärztlich-psychotherapeutischen Versorgung eingeräumte persönliche Verhandlungs- und Abschlussbefugnisse für mich wahrzunehmen und für mich insoweit bindende Verträge im Rahmen der Zielsetzung des MEDI Bayern e.V. abzuschließen.

Einwilligungserklärung Datenverarbeitung:

Mir ist bekannt, dass sich der MEDI Bayern e.V. zur Abwicklung der Mitgliedsverwaltung teilweise der Leistungen seiner Managementgesellschaft MEDI Bayern UG und MEDIVERBUND AG bedient. Mit der Verarbeitung meiner Daten durch die MEDI Bayern UG und MEDIVERBUND AG im Auftrag des MEDI Bayern e.V. erkläre ich mich einverstanden.

Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten sowohl durch die MEDI Bayern UG, die MEDIVERBUND AG als auch deren verbundene Unternehmen¹ für werbliche Zwecke verwendet werden dürfen. Eine Weitergabe von Daten an Dritte erfolgt grundsätzlich nicht. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

¹ MEDIVERBUND Praxisbedarf GmbH, Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbände e.V. (IFFM), MEDI GENO Deutschland e.V., Niebur & Partner Finanzberatung.

Newsletter

Bitte schicken Sie mir die kostenfreien Newsletter an meine oben angegebene E-Mail-Adresse zu. Die Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden. Die Datenschutzerklärung sowie die aktuelle Satzung zum Nachlesen finden Sie auf unserer Webseite unter www.medi-bayern.de.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

MEDI Bayern e.V.
 Vorstandsvorsitzender:
 Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik
 1.Stellv. Vorsitzende:
 Dr. med. Josef Pilz

Geschäftsstelle:
 Oberer Grasweg 50
 85055 Ingolstadt
 Tel.: 0841 – 969141-0
 Fax: 0841 – 969141-10

Kontakt:
 E-Mail: kerstin.pieldner@medi-bayern.de
www.medi-bayern.de
 Vereinsregister beim
 Amtsgericht München VR 14989

Bankverbindung
 Sparkasse Ingolstadt
 IBAN: DE09 7215 0000 0054 0348 97
 BIC: BYLADEM1ING

Ich erteile **kein** SEPA-Lastschriftmandat und möchte jährlich eine Rechnung an meine Adresse zur manuellen Überweisung erhalten.

SEPA-Lastschriftmandat* (wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE96ZZZ00001479043 Mandatsreferenz: entspricht der „Mitgliedsnummer“

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein MEDI Bayern e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Ort, Datum

Unterschrift

* Auszug aus der Beitragsordnung laut Satzung vom 15.01.2020

Volle Jahresbeiträge ab dem zweiten Jahr der Mitgliedschaft pro Arzt: **Einzelpraxis:** 132 € | **Gemeinschaftspraxis 2 Ärzte und mehr je vollzahlendes Mitglied -15% | Außerordentliche Mitglieder** 30.- €, mehr unter www.medi-bayern.de/Satzung

Bitte zusenden:

per Post an: Kerstin Pieldner, Oberer Grasweg 50, 85055 Ingolstadt

oder per Mail an: kerstin.pieldner@medi-bayern.de

Versionsstand 06.03.2023

MEDI Bayern e.V.
Vorstandsvorsitzender:
Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik
1.Stellv. Vorsitzende:
Dr. med. Josef Pilz

Geschäftsstelle:
Oberer Grasweg 50
85055 Ingolstadt
Tel.: 0841 – 969141-0
Fax: 0841 – 969141-10

Kontakt:
E-Mail: kerstin.pieldner@medi-bayern.de
www.medi-bayern.de
Vereinsregister beim
Amtsgericht München VR 14989

Bankverbindung
Sparkasse Ingolstadt
IBAN: DE09 7215 0000 0054 0348 97
BIC: BYLADEM1ING