



Vereinigung iranischer Ärzte und Apotheker

کانون پزشکان و داروسازان ایرانی مقیم برلین

Mitgliedschaftsantrag

Titel:

Name, Vorname:

Anschrift:

E-Mail:

Tel.-Nr.: Geburtsdatum:

Beruf:

Mit meinem Beitritt erkenne ich die Satzung und die von den Organen des Vereins gefassten Beschlüsse als verbindlich an. Außerdem bestätige ich, dass ich die unten beschriebenen Informationen zum Datenschutz/zu den Persönlichkeitsrechten gelesen und verstanden habe.

Der Jahresmitgliedsbeitrag beträgt 50,00€. Bei einer nachweisbaren Arbeitslosigkeit oder Studium entfällt der Mitgliedsbeitrag. Der Beitrag ist steuerlich absetzbar. Die Mitgliedschaft erlischt automatisch, wenn das Mitglied innerhalb von 2 Jahren nach zweimaliger Aufforderung weder an einer Mitgliederversammlung teilgenommen noch den Beitrag bezahlt hat.

Datenschutz / Persönlichkeitsrechte:

1. Der Verein erhebt, verarbeitet und nutzt personenbezogene Daten seiner Mitglieder unter Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen zur Erfüllung der in dieser Satzung aufgeführten Zwecke und Aufgaben (z.B. Name und Anschrift, Bankverbindung, Telefonnummern und E-Mail-Adressen, Geburtsdatum, Lizenzen, Funktionen im Verein).
2. Durch ihre Mitgliedschaft und die damit verbundene Anerkennung dieser Satzung stimmen die Mitglieder der Erhebung, Verarbeitung(Speicherung, Veränderung und Übermittlung), Nutzung ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen der Erfüllung der satzungsgemäßen Aufgaben und Zwecke des Vereins zu. Eine anderweitige Datenverwendung(z.B. Datenverkauf) ist nicht statthaft.
3. Durch ihre Mitgliedschaft und die damit verbundene Anerkennung dieser Satzung stimmen die Mitglieder außerdem der Veröffentlichung von Bildern und Namen in Print- und Telemedien sowie elektronischen Medien zu, soweit dies den satzungsgemäßen Aufgaben und Zwecken des Vereins entspricht.

4. Jedes Mitglied hat im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes das Recht auf Auskunft über die zu seiner Person gespeicherten Daten, deren Empfängern sowie den Zweck der Speicherung, Berichtigung seiner Daten im Falle der Unrichtigkeit, Löschung oder Sperrung seiner Daten.

Datum und Unterschrift

(Jahresmitgliedsbeitrag: 50,-€)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die VIAAB Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von VIAAB auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber, falls abweichend vom Antragsteller):

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN:

Datum, Ort und Unterschrift:

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE51300606010004656792

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Sie können den ausgefüllten unterschriebenen Antrag an folgende Adresse mailen:

vorstand@viaab.de bzw. vereinir.aea@gmail.com

nur vom Verein auszufüllen

Antrag wurde angenommen:	Ja	Nein
--------------------------	----	------

Datum und Unterschrift der Vereinszuständigen

Vereinigung iranischer Ärzte und
Apotheker in Berlin
www.viaab.de
vorstand@viaab.de

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker und Ärztebank eG
IBAN: DE51300606010004656792
BIC: DAAEDEDXXX

Vorsitzender des Vereins:
Herr Dr. med. Ahad Fahimi
Stellvertretender Vorsitzender:
Herr Dr. med. A.A. Issavand

