



## Antrag auf Mitgliedschaft in der FACHKOMMISSION DIABETES IN BAYERN E.V.

Bitte entnehmen Sie durch den § 5 Mitgliedschaft der Vereinssatzung die Voraussetzungen für einen Beitritt als Mitglied.

### Private Daten

**Titel**

\_\_\_\_\_

**Vorname, Nachname**

\_\_\_\_\_

**Straße**

\_\_\_\_\_

**PLZ Ort**

\_\_\_\_\_

**E-Mail**

\_\_\_\_\_

**Telefon**

**Mobil**

\_\_\_\_\_

### Geschäftliche Daten

**Praxis/Klinik/Einrichtung**

\_\_\_\_\_

**Abteilung**

\_\_\_\_\_

**Funktion**

\_\_\_\_\_

**Straße**

\_\_\_\_\_

**PLZ Ort**

\_\_\_\_\_

**E-Mail**

\_\_\_\_\_

**Telefon**

**Telefax**

\_\_\_\_\_

#### **Vorstand**

Dr. Veronika Hollenrieder (Vorsitzende)  
Dr. Annette Hobelsberger (Stellv. Vorsitzende)  
Dr. Björn Ertl (Schriftführer)  
Dr. Arthur Grünerbel (Schatzmeister)  
Dr. Andreas Liebl (1. Beisitzer)  
Dr. Günter Kraus (2. Beisitzer)  
Herr Daniel Bernwieser (3. Beisitzer)  
Frau Hortense Pietsch (4. Beisitzer)

#### **Bankverbindung**

Stadtparkasse München  
IBAN: DE3470150000000133223  
BIC: SSKMDEMMXXX

Vereinsregisternummer 16665  
Amtsgericht München



### Qualifikationen

- Mitglied der DDG**  Ja  Nein
- DDG-Anerkennung**
- Diabetologe/in
  - Diabetesberater/in
  - Diabetesassistent/in
  - Podologe/in
  - Wundassistent/in
- DDG anerkannte Einrichtung**
- Typ-1
  - Typ-1, Pädiatrie (zukünftig Stufe 1, 2 oder 3)
  - Typ-2
  - Klinisches Zentrum

### Fachbereich

### Mitgliedsbeitrag

- |   |                    |            |
|---|--------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Arzt/Ärztin</b>                 | Fachbereich: _____ | 50,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> <b>Orthopädieschuhtechniker/in</b> |                    | 50,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> <b>Podologe/in</b>                 |                    | 25,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> <b>Diabetesberater/in</b>          |                    | 25,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> <b>Diabetesassistent/in</b>        |                    | 25,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> <b>Wundassistent/in</b>            |                    | 25,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> <b>Medizinische/r Assistent/in</b> |                    | 25,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> <b>Sonstiges</b>                   |                    | 25,00 Euro |

Der oben aufgeführte jährliche Mitgliedsbeitrag ist jeweils am 01. März des laufenden Jahres fällig. Siehe hierzu auch die Satzung der FKDB auf unserer Internetseite [www.fkdb.net](http://www.fkdb.net). Die beiliegende Datenschutzverordnung habe ich zur Kenntnis genommen und mit Unterzeichnung des Antrages akzeptiert.

**Mit der Abbuchung meines Jahres-Mitgliedsbeitrages bin ich einverstanden**  Ja /  Nein

Erteilung der Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats (separates Formular) liegt ausgefüllt dem Mitgliedsantrag bei.

Im Mitgliedsbeitrag ist ebenfalls der Bezug der Zeitung MMW enthalten.

**Ich möchte die Lieferung der MMW**  Ja /  Nein **Adresse:**  Privat /  Geschäftlich

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

### Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

#### **Geschäftsstelle der FKDB**

Fachkommission Diabetes in Bayern e. V.  
c/o Diabeteszentrum-München-Süd  
Stockmannstraße 47  
81477 München

### **SEPA – Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren**

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier): **DE23ZZZ00000589509**  
Mandatsreferenz (ist vom Zahlungsempfänger zu vergeben): wird bekannt gegeben

Ich/Wir ermächtige(n) die Fachkommission Diabetes in Bayern e. V. den festgesetzten Jahresbeitrag von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Fachkommission Diabetes in Bayern e. V. auf mein/unser Konto gezogenen 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung  
Verwendungszweck: Mitgliedsbeitrag  
Einzug: zum 01.03. eines jeden Jahres

### **Daten des Zahlungspflichtigen/Kontoinhabers**

**Vorname, Nachname** \_\_\_\_\_

**Anschrift (Straße, Ort)** \_\_\_\_\_

**Bankname:** \_\_\_\_\_

**IBAN:** \_\_\_\_\_

**BIC:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Zahlungspflichtigen/Kontoinhabers

#### **Vorstand**

Dr. Veronika Hollenrieder (Vorsitzende)  
Dr. Annette Hobelsberger (Stellv. Vorsitzende)  
Dr. Björn Ertl (Schriftführer)  
Dr. Arthur Grünerbel (Schatzmeister)  
Dr. Andreas Liebl (1. Beisitzer)  
Dr. Günter Kraus (2. Beisitzer)  
Herr Daniel Bernwieser (3. Beisitzer)  
Frau Hortense Pietsch (4. Beisitzer)

#### **Bankverbindung**

Stadtparkasse München  
IBAN: DE3470150000000133223  
BIC: SSKMDEMMXXX

Vereinsregisternummer 16665  
Amtsgericht München



## **Mitglieder-INFORMATION ZUR EU-DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG (DSGVO) (ab 25.Mai.2018)**

Sehr geehrtes Mitglied,

nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unser Verein Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### **1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist der jeweilige 1. Vorstand lt. Protokoll der Mitgliederversammlung, derzeit Dr. Veronika Hollenrieder, Ambulantes Diabeteszentrum, Hauptstraße 14, 82008 München, Telefon (089) 61 10 130, E-Mail: [dr-hollenrieder@t-online.de](mailto:dr-hollenrieder@t-online.de).

### **2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um die Mitgliedschaft im Verein und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Adress-Daten und Ihre Kontodaten. Die Erhebung von diesen Daten ist Voraussetzung für Ihre Mitgliedschaft in der FKDB und dafür, dass Sie, wie gewünscht, unsere Informationen an die Mitglieder per Rundmail erhalten können. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine Mitgliedschaft und Information nicht erfolgen.

### **3. EMPFÄNGER IHRER DATEN**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, falls dies ein Vertrag mit der KV erfordert. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Abrechnungsdaten nur an weitere berechnigte Empfänger.

#### 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Mitgliedschaft erforderlich ist. Nach Austritt und Begleichen evtl. offener Forderungen löschen wir die Daten einschließlich Ihrer E-Mailadresse, über die Sie den abschließenden Löschvermerk erhalten.

#### 5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach  
Telefon: 0981- 531 300, Telefax: 0981 – 539 813 00, E-Mail: [poststelle@lda.bayern.de](mailto:poststelle@lda.bayern.de)  
Online-Beschwerde-Stelle: <https://www.lda.bayern.de/de/beschwerde.html>

#### 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns oder den Datenschutzbeauftragten wenden.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Geschäftsstelle zusammen mit dem Vorstand

Dr. Veronika Hollenrieder

**Geschäftsstelle der FKDB**

Fachkommission Diabetes in Bayern e. V.