

## Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme ab dem \_\_\_\_\_ beim  
Bundesverband Internetmedizin e.V.  
als

- ordentliches Mitglied
                         
  ordentliches Mitglied- Einzelperson  
 förderndes Mitglied.

Firma	
Vorname und Name	
Straße	
PLZ / Ort	
Geburtsdatum	
Position/Beruf	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Mitarbeiteranzahl	
DiGA-Hersteller	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Durch meine untenstehende Unterschrift erkenne ich die gültige Satzung des Bundesverband Internetmedizin e.V. als verbindlich an. Die Satzung findet sich unter <http://bundesverbandinternetmedizin.de/mitgliedschaft/>  
Zudem bin ich mit der Speicherung, Verarbeitung und Vermittlung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke, gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes, einverstanden. Ich habe das jederzeitige Recht vom Verein Auskunft über meine vom Verein gespeicherten Daten zu erhalten. Weitere Informationen über den Datenschutz und Ihre Rechte finden Sie hier: <http://bundesverbandinternetmedizin.de/datenschutz/>

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Üblicherweise praktizieren wir bezüglich der Begleichung der Mitgliedsbeiträge in unserem Verein das Bankeinzugsverfahren. Wir würden es sehr begrüßen, wenn Sie sich auch dafür entscheiden könnten; sie würden uns damit sehr helfen. Falls Sie damit einverstanden sind, geben Sie uns bitte Ihre Bankverbindung nachstehend an.**

### Einzugsermächtigung

Ich ermächtige hiermit den Bundesverband Internetmedizin e.V. widerruflich, den jährlich fälligen Mitgliedsbeitrag zu Lasten meines untenstehenden Kontos abzubuchen.

Kontoinhaber	
Bank	
IBAN	
BIC	

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers