

BNHO e.V.

Email: info@bnho.de oder per FAX: 0221 99 87 98 22 (3 Seiten)

Antrag auf Mitgliedschaft

Ja, ich möchte Mitglied im **Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V.** werden und beantrage die

- aktive Mitgliedschaft (§ 3, Abs. 2 und 3 der Satzung)
- passive Mitgliedschaft (§ 3, Abs. 4, 5 und 6 der Satzung)

Die Satzung des Vereins ist im Internet unter www.bnho.de veröffentlicht.

Meine Mitgliedsdaten:

Titel/Vorname/Name:		
Name der Praxis/MVZ/BAG		
Straße:		
PLZ Ort:		
Tel:		
Fax:		
Mobil:		
E-Mail:		
Geburtsdatum:		
Web:		
Fachrichtung:		
Schwerpunkt:		
Teilnahme an der Onkologievereinbarung	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Niederlassungsdatum:		
KV:		
Hausärztlicher Versorgungsbereich:		
Fachärztlicher Versorgungsbereich:		
DGHO Mitglied	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Für Antrag auf aktive Mitgliedschaft:		
Eigene Praxis mit KV-Sitz	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Gesellschafter eines MVZ	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Für Antrag auf passive Mitgliedschaft: Einrichtung/Arbeitsgeber ist Mitglied im BNHO	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz

Die personenbezogenen Daten, insbesondere die Stammdaten, Kontaktdaten und Daten zur Niederlassung sowie Kontodaten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im Folgenden Abschnitt **freiwillig** erteilen.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

- Ich willige ein, dass meine Daten, wie Titel, Vorname, Nachname, Praxisanschrift meines Hauptsitzes (ggf. der Zweigstelle), Homepage, Telefon- und Faxnummer sowie KV-Sitz auf der BNHO-Homepage unter Arztsuche veröffentlicht werden.
- Ich willige ein, dass mir der Springer Medizin Verlag GmbH postalisch die Zeitschrift „InFo Hämatologie + Onkologie“ zum Zwecke der Information übersendet.
- Ich willige ein, dass mir die Deutsche Leukämie- und Lymphom-Hilfe postalisch die Zeitschrift „DLH-Infozeitung“ zum Zwecke der Information übersendet.

Ort, Datum

Unterschrift

**SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

<p>Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e. V. (BNHO e.V.) Sachsenring 57</p> <p>50677 Köln</p>

*Wiederkehrende Zahlungen
/Recurrent Payments*

Gläubiger-Identifikationsnummer DE07ZZZ00000508899
Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den **BNHO e.V.** den Mitgliedsbeitrag (in der jeweils von der Mitgliederversammlung beschlossenen Höhe, für aktive Mitglieder halbjährlich € 480,-; für passive Mitglieder die Hälfte des Mitgliedsbeitrages der aktiven Mitglieder) von meinem/unsere(m) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom **BNHO 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 unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort
Kreditinstitut
BIC
IBAN DE

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