

# Aufnahmeantrag/Mitgliedschaft beim MEDI Bayern e.V.

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als Mitglied in den MEDI Bayern e.V.

im Stadt/Landkreis \_\_\_\_\_

Der Jahresbeitrag\* wird bargeldlos pauschal per SEPA-Lastschriftmandat einmal jährlich eingezogen.

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 erkenne ich die Regelungen in der Satzung des MEDI Bayern e.V. als für mich verbindlich an. Mit dem Beitritt bevollmächtige ich 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 MEDI Bayern e.V. zur Abwicklung der Mitgliedsverwaltung teilweise der Leistungen seiner Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bedient. Mit der Verarbeitung meiner Daten durch die 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 MEDIVERBUND AG als auch deren verbundene Unternehmen<sup>1</sup> 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.

<sup>1</sup> MEDIVERBUND Praxisbedarf GmbH, Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbände e.V. (IFFM), MEDI GENO Deutschland e.V., MEDI GENO Assekuranz GmbH

**Newsletter**

Bitte schicken Sie mir den 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](http://www.medi-bayern.de).

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

## 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

Jahresbeiträge pro Arzt: **Einzelpraxis:** 132 € | **Gemeinschaftspraxis 2 Ärzte und mehr je vollzahlendes Mitglied -15%** | **Außerordentliche Mitglieder** 30.- €, mehr unter [www.medi-bayern.de/Satzung](http://www.medi-bayern.de/Satzung)

### Bitte zusenden an:

per Post an: Alexander Höfer, Projektleiter MEDI Bayern e.V., Schwabenstrasse 20, 88499 Altheim

per Mail an: [hoefer@medi-verbund.de](mailto:hoefer@medi-verbund.de)

per Fax an: Bitte nicht per Fax senden!

Versionsstand 15.01.2020

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

Geschäftsstelle:  
Oberer Grasweg 50  
85055 Ingolstadt  
Tel.: 0841 - 8866814  
Fax: 0841 - 8866818

Kontakt:  
E-Mail: [brunnhofer@mediverbund-bayern.de](mailto:brunnhofer@mediverbund-bayern.de)  
[www.medi-bayern.de](http://www.medi-bayern.de)  
Vereinsregister beim  
Amtsgericht München VR 14989

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