

**PROBEMITGLIEDSCHAFT 12 MONATE KOSTENFREI**

Keine automatische Verlängerung!

Testen Sie uns ohne zeitliche Verbindlichkeiten!

## Aufnahmeantrag/Mitgliedschaft beim MEDI Bayern e.V.

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als Mitglied in den MEDI Bayern e.V. und stelle dem Verein meine aktuellen Daten zur Mitgliederdatenpflege unter Berücksichtigung des aktuellen Datenschutzes (s.u.) zur Verfügung. Da es sich hier um eine Probemitgliedschaft handelt, bin ich damit einverstanden, dass nach den abgelaufenen 12 Monaten der Probemitgliedschaft ich eine Anfrage bekomme, ob ich als Vollmitglied weitergeführt werden möchte. Als Vollmitglied ist ein neuer Aufnahmeantrag notwendig.

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 als Mitglied erkenne ich die Regelungen in der Satzung des MEDI Bayern e.V. als für mich verbindlich an und bevollmächtige den 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 der MEDI Bayern e.V. zur Abwicklung der Mitgliedsverwaltung teilweise der Leistungen seiner Managementgesellschaft MEDI Bayern UG und MEDIVERBUND AG bedient. Mit der Verarbeitung meiner Daten durch die MEDI Bayern UG und 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 MEDI Bayern UG, 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., Niebur & Partner Finanzberatung.

**Newsletter**

Bitte schicken Sie mir die 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
------------	--------------

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

Geschäftsstelle:  
Oberer Grasweg 50  
85055 Ingolstadt  
Tel.: 0841 – 969141-0  
Fax: 0841 – 969141-10

Kontakt:  
E-Mail: [kerstin.pieldner@medi-bayern.de](mailto:kerstin.pieldner@medi-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