



## Beitrittserklärung/Antrag auf Mitgliedschaft

### Arbeitskreis Frauengesundheit

in Medizin,  
Psychotherapie und  
Gesellschaft e.V.

unabhängig - überparteilich

Name der Einrichtung: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-Mail: .....

Name und Funktion der/des Vertretungsberechtigten der Einrichtung

.....

- Anlagen**     Kopie der Eintragung ins Vereinsregister/Handelsregister  
                   Satzung/Gesellschaftsvertrag

**Die Satzung des AKF ist uns bekannt.**

Ort, Datum und Unterschrift: .....

### Datenschutzerklärung

*Der Verein Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF) erhebt mit dem Beitritt die oben aufgeführten Daten. Der AKF erhebt, verarbeitet und nutzt Ihre Daten ausschließlich zur Erfüllung der Vereinsziele und zu Ihrer Betreuung im Rahmen der Mitgliedschaft.*

*Sofern Sie eine E-Mail-Adresse angegeben haben, wird die vereinsinterne Kommunikation soweit möglich elektronisch ausgeführt, u. a. erhalten Sie den vereinsinternen Newsletter. Der AKF veröffentlicht und verlinkt alle juristischen Mitglieder auf seiner Homepage in dem Verzeichnis seiner Mitgliedsorganisationen. Der AKF veröffentlicht die Kontaktdaten der im Verein organisierten Ärzt\*innen und weiteren Fachexpert\*innen im Bereich „Service“, sofern diese eine Veröffentlichung wünschen und ihr Einverständnis erklären.*

*Der Verein Arbeitskreis Frauengesundheit gibt Ihre Daten im Rahmen der satzungsgemäßen Aufgaben sowie zur Organisation von Mitgliedsleistungen an Dienstleister weiter, zum Beispiel zum Versand von Veranstaltungseinladungen an die beauftragte Druckerei. Dabei werden jeweils so wenige Daten wie nötig weitergegeben.*

*Die Verwendung Ihrer freiwilligen Angaben können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem AKF unter den angegebenen Kontaktdaten widerrufen. Nach Beendigung der Mitgliedschaft werden die Daten unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht.*

Wir erklären uns einverstanden.

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....



Der **Jahresbeitrag** wird von der Mitgliederversammlung beschlossen und beträgt zurzeit für Verbände bis 50 Mitglieder 140 €, bis 200 Mitglieder 190 €, bis 400 Mitglieder 220 € und ab 400 Mitgliedern mind. 250 €.

Er soll in Höhe von .....€ mittels unten stehender Einzugsermächtigung erhoben werden.

### **Einzugsermächtigung**

Um die Vereinsarbeit zu erleichtern, bittet der Arbeitskreis Frauengesundheit Sie, ein SEPA-Lastschriftmandat zur Einziehung des jährlichen Mitgliedsbeitrags zu erteilen:

**AKF e. V. Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft**  
**Sigmaringer Str. 1**  
**10713 Berlin**

Gläubiger-Identifikationsnummer DE88ZZZ00000503173

#### **SEPA-Lastschriftmandat**

Mandatsreferenznummer/Mitgliedsnummer

Hiermit erteilen wir dem gemeinnützigen Verein Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF) e. V. bis auf Widerruf den Auftrag, den jährlichen Mitgliedsbeitrag<sup>1</sup> mittels Lastschrift von unserem Bankkonto einzuziehen. Wenn das Girokonto die erforderliche Deckung nicht aufweist, ist das kontoführende Institut nicht zur Einlösung verpflichtet. Die hierdurch entstehenden Kosten gehen zu unseren Lasten.

Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Widerspruch entbindet nicht von der vertraglich vereinbarten Zahlung.

<sup>1</sup> Der Mitgliedsbeitrag ist unmittelbar nach Erhalt der schriftlichen Aufnahmebestätigung fällig, bei laufender Mitgliedschaft im ersten Quartal eines Jahres.

Vorname, Nachname (KontoinhaberIn): .....

Anschrift: .....

IBAN: .....

BIC: .....

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....