



# Arbeitskreis Frauengesundheit

in Medizin, Psychotherapie  
und Gesellschaft e.V.

unabhängig - überparteilich

## Beitrittserklärung/Antrag auf Mitgliedschaft

Name, Vorname: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

E-Mail: ..... Geburtsdatum: .....

Betätigungsfeld: .....

**Die Satzung des AKF ist mir 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.*

Ich erkläre mich einverstanden.

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

Der **Jahresbeitrag** wird von der Mitgliederversammlung beschlossen und beträgt zurzeit regulär 150 €, Fördermitgliedschaft ab 190 €, ermäßigt 55 €.

Ermäßigt: Auszubildende, Studierende, Arbeitslose bzw. auf Antrag (bitte Nachweis einreichen).

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**  
**Bundesallee 42**  
**10715 Berlin**

Gläubiger-Identifikationsnummer DE88ZZZ00000503173

#### **SEPA-Lastschriftmandat**

Mandatsreferenznummer/Mitgliedsnummer

Hiermit erteile ich 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 meinem Bankkonto einzuziehen. Wenn das Girokonto die erforderliche Deckung nicht aufweist, ist das kontoführende Institut nicht zur Einlösung verpflichtet. Die hierdurch entstehenden Kosten gehen zu meinen Lasten.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem 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: .....