



## Beitrittserklärung/Antrag auf Mitgliedschaft

Name der Einrichtung: .....

Anschrift: .....

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

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: ..... 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/wir erkläre/n mich/uns einverstanden.**

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



# Arbeitskreis Frauengesundheit

in Medizin, Psychotherapie  
und Gesellschaft e.V.

unabhängig - überparteilich

Der Jahresbeitrag wird von der Mitgliederversammlung beschlossen und beträgt zurzeit für Verbände  
bis 50 Mitglieder 190 €,  
bis 200 Mitglieder 250 €,  
bis 400 Mitglieder 300 € und  
ab 400 Mitgliedern mind. 340 €.

Er soll in Höhe von ..... Euro mittels untenstehender 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/n ich/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 meinem/unserem Bankkonto einzuziehen. Wenn das Girokonto die erforderliche Deckung nicht aufweist, ist das kontoführende Institut nicht zur Einlösung verpflichtet. Die hierdurch entstehenden Kosten gehen/geht zu meinen/unseren Lasten.

Ich/wir kann/können 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.

Kontoinhaber\*in: .....

Anschrift: .....

IBAN: .....

BIC: .....

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