

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an:

Mitgliederverwaltung BAG-MZEB e.V.
c/o Intercongress GmbH
Ingeborg-Krummer-Schroth-Str. 30
79106 Freiburg
E-Mail: bagmzeb@intercongress.de
Telefon: +49 761 69699-247



Aufnahmeantrag

**Bundesarbeitsgemeinschaft Medizinische Behandlungszentren
für Erwachsene mit Behinderung e.V. (BAG MZEB)**

Verwaltungssitz: Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara Halle (Saale) GmbH,
Mauerstraße 5, 06110 Halle (Saale)

Antragstellendes, neues Mitglied:

Vollständiger Name der juristischen Person:

Kontaktdaten der juristischen Person:

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Stadt: _____

Internetpräsenz: _____

Facebook/Instagram: _____

rechtmäßig vertreten durch:

Anrede und Titel: _____

Name, Vorname: _____

Dienststellung: _____

Telefon dienstlich: _____

E-Mail dienstlich: _____

Rechtmäßigkeit der Vertretung der juristischen Person nachgewiesen durch:

Registerauszug bei Innehaben der Geschäftsführung

Schriftliche Vollmacht als Vorlage im Original, ausgestellt von der Geschäftsführung der zu vertretenden juristischen Person¹

und ggf. ebenfalls rechtmäßig vertreten durch:

Anrede und Titel: _____

Name, Vorname: _____

Dienststellung: _____

Telefon dienstlich: _____

E-Mail dienstlich: _____

Rechtmäßigkeit der Vertretung der juristischen Person nachgewiesen durch:

Registerauszug bei Innehaben der Geschäftsführung

Schriftliche Vollmacht als Vorlage im Original, ausgestellt von der Geschäftsführung der zu vertretenden juristischen Person²

¹⁺²Die vorzulegende Vollmacht muss die konkrete Aussage enthalten, dass die Person XY bevollmächtigt ist, für den Träger Z die Mitgliedschaft in der BAG MZEB e. V. zu erklären und in den Mitgliederversammlungen ihre Stimme abzugeben.

Medienauftritt der BAG MZEB e.V.

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Informationen auf den Medienauftritten der BAG MZEB e.V. (Internet, Instagram, Facebook o.ä.) verwendet werden:

Mitgliedschaft

Status des MZEB: in der Versorgung von Patienten

„aktiv“ oder

„passiv“ (noch nicht aktiv)

gesendetes Logo des MZEB

med. Ansprechpartner für das MZEB:

Anrede und Titel: _____

Name, Vorname: _____

Dienststellung: _____

Telefon dienstlich: _____

E-Mail dienstlich: _____

Website: _____

Facebook/Instagram/dienstlich: _____

E-Mail-Verteiler der BAG MZEB e.V.

Nachfolgende E-Mail-Adressen sollen für vereinsinterne Zwecke genutzt werden (bitte ankreuzen):

| E-Mail-Adresse: | Newsletter: | Mitglieder- verwaltung: | Rechnung: | Ansprechpartner für Mitglieder- LogIn auf Website: | Vernetzung *, Weitergabe an andere Mitglieder: |
|-----------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--|--|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Die im Feld „Vernetzung“ angegebene Mailadresse darf bei Anfrage eines anderen Mitglieds von der Geschäftsstelle vereinsintern weitergegeben werden.

Mit diesem Antrag erkennt das oben genannte neue Mitglied die aktuelle Vereinsatzung (liegt bei) an und erklärt, als Mitglied in den Verein aufgenommen werden zu wollen und mit Aufnahme als ein solches die Ziele des Vereins zu unterstützen und aktiv zu fördern, sowie die aus der Mitgliedschaft resultierenden Pflichten wahrzunehmen.

Das neue Mitglied ist darüber belehrt, dass die Vereinsmitgliedschaft der juristischen Person nicht auf eine andere juristische Person übertragbar ist und die Ausübung der Mitgliedschaftsrechte nicht einer anderen juristischen Person überlassen werden kann.

Der in der Mitgliederversammlung vom 14.12.2015 beschlossene, jährliche Mitgliedsbeitrag von **250,00 €** ist jeweils zum **1. Februar für das laufende Kalenderjahr** fällig und dem Vereinskonto zuzuführen.

Zahlungsarten:

Überweisung

SEPA-Lastschrift (s. separates Formular)

Einwilligung in die Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten:

Gemäß Bundesdatenschutzgesetz sowie Datenschutzgrundverordnung wird darauf hingewiesen, dass für Zwecke der Mitgliederverwaltung und Mitgliederinformation (u.a. Informationen zu aktuellen Themen und Projekten der BAG-MZEB e.V.) die abgefragten Daten in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Sie können eine erteilte Einwilligung insgesamt oder hinsichtlich einzelner Maßnahmen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen – bitte nutzen Sie hierfür die Kontaktdaten der BAG-MZEB e.V. auf Seite 1.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der vorbenannten, personenbezogenen Daten durch den Verein zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und Mitgliederinformation im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden.

Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Bevollmächtigte/r

Unterschrift Bevollmächtigte/r

Die Aufnahme in den Verein ist erfolgt, nachdem der Aufnahmeantrag durch das neue Mitglied gestellt und dieser durch den Vorstand des Vereins angenommen wurde.

Zeichnung in Vertretung der Antrag stellenden, juristischen Person:

(Titel) Name, Vorname Bevollmächtigte/r:

(Titel) Name, Vorname Bevollmächtigte/r:

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Bevollmächtigte/r

Unterschrift Bevollmächtigte/r

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger- Identifikationsnummer: DE15ZZZ 000 004 457 05.

Ihre Mandatsreferenz erhalten Sie mit Ihrer Rechnung/Buchungsbestätigung.

Ich ermächtige die Bundesarbeitsgemeinschaft Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung (BAG MZEB) e.V., die wiederkehrenden Zahlungen vom unten genannten Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich das Kreditinstitut an, die von der BAG MZEB e.V. auf dem unten genannten Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweise: Es kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangt werden. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Der Mitgliedsbeitrag wird am 1. Februar für das laufende Kalenderjahr von dem angegebenen Konto abgebucht.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Juristische Person

Vollständige Adresse

Kreditinstitut

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift Bevollmächtigte/r