

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an:

BAG MZEB e.V. - Geschäftsstelle
c/o Intercongress GmbH
Ingeborg-Krummer-Schroth-Str. 30
79106 Freiburg
bagmzeb@intercongress.de



Aufnahmeantrag

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

MZEB | Einrichtung

Name MZEB | Einrichtung

Straße und Hausnr.

PLZ und Ort

E-Mailadresse (allg. der Einrichtung)

Telefon (allg. der Einrichtung)

Name ärztl. Leitung

E-Mailadresse ärztl. Leitung

Website

Ermächtigung liegt vor

☐ ja

☐ nein

In der Versorgung der Patient:innen

☐ aktiv

☐ passiv

Träger

Name des Trägers

Straße und Hausnr.

PLZ und Ort

Rechtmäßig vertreten durch:

Name, Vorname (Geschäftsführung)

E-Mailadresse

Rechtmäßigkeit der Vertretung nachgewiesen durch:

☐ Registerauszug bei Innehaben der Geschäftsführung

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

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

Der in der Mitgliederversammlung vom 03.09.2025 beschlossene, jährliche Mitgliedsbeitrag ist gemäß **Beitragsordnung** jeweils für das laufende Kalenderjahr fällig und dem Vereinskonto zuzuführen. Bitte wenden Sie sich an die Geschäftsstelle, damit wir Ihnen die Beitragsordnung zukommen lassen können.

Zahlungsarten:

☐ Überweisung

☐ SEPA-Lastschrift

Die jährliche **Rechnung** soll der **Buchhaltung** der antragstellenden Einrichtung an folgende **Mailadresse** gesendet werden:

x _____

Website der BAG MZEB e.V.

Ich bin damit einverstanden, dass die aufgeführten Daten zum MZEB | Einrichtung auf der Website der BAG MZEB e.V. verwendet werden:

☐ einverstanden

☐ nicht einverstanden

mit Ausnahme von: _____

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

Nachfolgende E-Mail-Adressen sollen für vereinsinterne Zwecke wie dem Mitgliederbrief erfasst werden:

Mailadresse 1

Mailadresse 2

Mailadresse 3

Mailadresse 4

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

ggf. Unterschrift 2. Bevollmächtigte/r

Mit diesem Antrag erkennt das oben genannte neue Mitglied die aktuelle Vereinsatzung 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.

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

Unterschrift der rechtmäßigen Vertretung:

Bevollmächtigte/r

ggf. 2. Bevollmächtigte/r:

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Bevollmächtigte/r

Unterschrift Bevollmächtigte/r

SEPA-Lastschriftmandat

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 für das laufende Kalenderjahr von dem angegebenen Konto abgebucht.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Juristische Person

Vollständige Adresse

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift Bevollmächtigte/r