

BEITRITTSERKLÄRUNG

Bitte fest durchschreiben!

Landesverband _____ **Mitgliedsnummer:** _____
(wird vom Landesverband vergeben)

Postanschrift privat: Frau Herr

Vorname _____ Geb.-Datum _____
Nachname _____ Telefon _____
Geburtsname _____ Fax _____
Straße _____ Mobil _____
PLZ _____ Ort _____ E-Mail _____

Postanschrift dienstlich: Praxis Klinik Ltd. PT Fachlicher Leiter Eigene Praxis Institution

Name _____ Telefon _____
Straße _____ Fax _____
PLZ _____ Ort _____ Mobil _____
Homepage _____ E-Mail _____

Diese Spalten sind nicht von PT-Schülern, sondern nur von ausgebildeten PT/KG auszufüllen.

Staatl. Erlaubnis erteilt am _____ durch _____
(Fotokopie ist beizufügen)

Bitte Zutreffendes ankreuzen:
Angestellter Freier Mitarbeiter Im Ausland tätig Eigene Praxis Geringfg. Beschäftigter Nicht tätig

Kassenzulassung:
Primärkassen Ersatzkassen Berufsgenossenschaften
(Fotokopien sind beizufügen)

Besondere Zusatzqualifikation:
Man. Lymphdrainage Man. Therapie Vojta (Kinder) Vojta (Erwachs.) Bobath (Kinder) Bobath (Erwachs.)
PNF KG-Gerät Psychomotorik
(Fotokopien sind beizufügen)

Diese Spalten sind nur von Schülern/Studierenden auszufüllen.

Beginn der Ausbildung am _____ an der PT-Schule/Fachhochschule _____
Voraussichtliches Ende der Ausbildung am _____
(Schul-/Immatrikulationsbescheinigung ist beizufügen)

Datenschutzhinweise: Ihre personenbezogenen Daten werden von Ihrem Landesverband gemäß der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und dem deutschen Datenschutzrecht (BDSG) für die Begründung und Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft erhoben, verarbeitet und genutzt. Im Rahmen dieser Zweckbestimmungen werden Ihre Daten ausschließlich zur Erfüllung der satzungsgemäßen Aufgaben an diesbezüglich besonders Beauftragte weitergegeben und genutzt. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur mit Ihrer gesonderten Einwilligung. Die europäischen und deutschen Datenschutzrechte gelten in Ihrer jeweils gültigen Fassung. Sie können der Verwendung Ihrer Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber Ihrem Landesverband widerrufen. Nach Beendigung Ihrer Mitgliedschaft werden die Daten unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Weitere Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/service/datenschutz.html>.

Hiermit erkläre ich ab _____ meinen Beitritt als ordentliches – außerordentliches Mitglied und nehme die **Datenschutzhinweise** zur Kenntnis.

Wichtiger Hinweis: Die außerordentliche Mitgliedschaft geht satzungsgemäß nach erfolgreich abgelegter staatl. Prüfung in die ordentliche Mitgliedschaft über, wenn sie nicht fristgemäß gekündigt wird. Jeglicher Missbrauch meiner Daten ist ausgeschlossen, da die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes gewahrt sind. Ich habe die Satzung erhalten und erkenne sie an.

– Stempel des Landesverbandes –

Zahlungsweise: Jährlich Halbjährlich

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Ermächtigung zum Beitrageinzug
Ich erkläre mich einverstanden, dass die Mitgliedsbeiträge ab _____ laufend von meinem Konto bis auf Widerruf mittels SEPA-Basis-Lastschriftverfahren abgebucht werden:

Kreditinstitut _____
Name des Kontoinhabers _____
IBAN _____
BIC _____
Ort, Datum _____ Unterschrift des Kontoinhabers _____