


**Vorstand**

**M. Hornemann**  
Basler Straße 123  
79540 Lörrach  
Tel.: 07621 44100

**A. Mittmeier**  
Hauptstraße 43  
79689 Maulburg  
Tel.: 07622 6970960

**PD Dr. A. Rühl**  
Basler Straße 3b  
79540 Lörrach  
Tel.: 07621 6863793

**Dr. G. Welzel**  
Haagener Straße 22  
79539 Lörrach  
Tel.: 07621 10566

Kassenwärtin:

**R.M. Bieling**  
Am Rathaus 6  
79576 Weil am Rhein  
Tel.: 07621 7056032

**Antrag Mitgliedschaft im Ärztenetz Dreiländereck**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

Sie beantragen hiermit die Mitgliedschaft im Ärztenetz Dreiländereck e.V.:

**Name:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Mail:** \_\_\_\_\_

Sie haben die Satzung des Vereins zur Kenntnis genommen und erklären durch die Unterschrift Ihren Beitritt zum Ärztenetz Dreiländereck. Die Satzung kann bei Bedarf gesondert angefordert werden.

Gleichzeitig ermächtigen Sie den eingetragenen Verein ‚Ärztenetz Dreiländereck e.V.‘ widerruflich, den von Ihnen zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag von zurzeit 150,00 € einzuziehen.

- Ich bin angestellter Arzt und meine Mitgliedschaft ist für das erste Jahr kostenfrei.

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Einen Widerruf werden Sie dem Vorstand schriftlich mitteilen.

**Geldinstitut:** \_\_\_\_\_

**IBAN:** \_\_\_\_\_

**BIC:** \_\_\_\_\_

Einverständniserklärung gemäß Datenschutzgrundverordnung DSGVO:

Sie erklären sich einverstanden, dass aufgrund der Mitgliedschaft

- Ihre Kontaktdaten
- Ihr Foto

auf der Webseite ([www.aerztenetzdreilaendereck.de](http://www.aerztenetzdreilaendereck.de)) gespeichert und die von Ihnen zur Verfügung gestellten Praxisdaten veröffentlicht werden dürfen.

Ihnen ist bekannt, dass Sie Ihre Einverständniserklärung jederzeit für die Zukunft widerrufen können.

Die Datenschutzrichtlinien können Sie hier einsehen:

[www.aerztenetzdreilaendereck.de/datenschutz](http://www.aerztenetzdreilaendereck.de/datenschutz)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte senden Sie diesen Antrag unterschrieben zurück an:

[aerztenetz.dreilaendereck@gmail.com](mailto:aerztenetz.dreilaendereck@gmail.com) oder

postalisch an R.M. Bieling, Am Rathaus 6, 79576 Weil am Rhein

Mit freundlichen Grüßen

R.M. Bieling (Kassenwartin)