

Ärztenetz  
Dreiländereck e.V.

## 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 zur Zeit 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:** \_\_\_\_\_

### Mitglieder des Vorstands:

M. Hornemann  
Basler Straße 123  
79540 Lörrach  
Telefon: 07621 44100

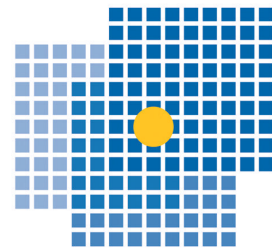
A. Mittlmeier  
Hauptstr. 43  
79689 Maulburg  
Telefon: 07622-6970960

PD Dr. Anne Rühl  
Basler Straße 3b  
79540 Lörrach  
Telefon: 07621 6863793

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

### Kassenwartin:

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



### 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: R.M. Bieling, Am Rathaus 6, 79576 Weil am Rhein oder eingescannt per Mail an: [info@chirurgie-weil.de](mailto:info@chirurgie-weil.de).

Mit freundlichen Grüßen

R.M. Bieling (Kassenwartin)