

# AUFNAHMEANTRAG – PARTNER –

## **JA**, wir unterstützen den Bundesverband geriatrische Schwerpunktpraxen e.V. und werden förderndes Partner-Mitglied

Durch unsere Mitgliedschaft im Bundesverband geriatrische Schwerpunktpraxen e.V. unterstützen wir dessen gesellschaftliches und soziales Engagement. Die Erläuterungen zur Mitgliedschaft, Aufnahmebedingungen, Kündigungsfrist, Beiträge usw., haben wir in der aktuellen Satzung gelesen. Wir sind damit einverstanden, dass unsere Angaben für die Aufgaben des Bundesverband geriatrische Schwerpunktpraxen e.V. und seiner Einrichtung gemäß Satzung und Geschäftsordnung verwendet werden. Mehr Informationen: [www.BUGES.de](http://www.BUGES.de)

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt \_\_\_\_\_ EUR

Firma \* \_\_\_\_\_ Ansprechpartner \* \_\_\_\_\_  
Straße \* \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \* \_\_\_\_\_  
Telefon \* \_\_\_\_\_ E-Mail \* \_\_\_\_\_  
Datum/Ort \* \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige ich den Bundesverband geriatrische Schwerpunktpraxen e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtende jährliche Beitragszahlung bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen:

Kontoinhaber \* \_\_\_\_\_ Bank (Name/Sitz) \* \_\_\_\_\_  
IBAN \* \_\_\_\_\_ BIC \* \_\_\_\_\_  
(\* Nur außerhalb von Deutschland)  
Datum/Ort \* \_\_\_\_\_ Unterschrift Kontoinhaber \_\_\_\_\_

\* Mit Stern gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt werden!

# AUFNAHMEANTRAG – PARTNER –

## Datenschutzklausel:

Der Bundesverband geriatrische Schwerpunktpraxen e.V. ist berechtigt, im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus dem Aufnahmeantrag ergeben, zur Erfüllung seiner Aufgaben an untergeordnete Verbände (Landes- und Regionalverbände) und an angeschlossene Premium-Partner des Bundesverbandes weiterzugeben. Der Bundesverband geriatrische Schwerpunktpraxen e.V. ist weiter berechtigt, Antragsdaten sowie Daten aus der Verbandsmitgliedschaft in gemeinsamen Datensammlungen zu führen, sofern dies der ordnungsgemäßen Verwaltung meiner Mitgliedschaft dient.

- Wir möchten über qualifizierte Angebote vom Bundesverband geriatrische Schwerpunktpraxen e.V. informiert werden.

Datum/Ort \* \_\_\_\_\_

Unterschrift \* \_\_\_\_\_

\* Mit Stern gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt werden!

## AKTION „FREUNDE WERBEN FREUNDE“

Auf den Bundesverband geriatrische Schwerpunktpraxen e.V. wurde ich aufmerksam durch Ihr Mitglied:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Sie können uns Ihren Aufnahmeantrag per Fax zusenden oder unterschrieben und gescannt mailen an:

Fax: 07476/94449-19

E-Mail: info@buges.de

Falls Sie uns Ihren Aufnahmeantrag lieber per Post zusenden wollen, drucken Sie dieses Formular aus und senden es unterschrieben bitte an:

Bundesverband geriatrische Schwerpunktpraxen e.V.

z. Hd. Herrn Stefan Folberth

Bisinger Berg 1

72415 Grosselfingen