

# AUFNAHMEANTRAG – PRIVAT –

## **JA**, ich unterstütze den Bundesverband geriatrische Schwerpunktpraxen e.V. und werde förderndes Privat-Mitglied

Durch meine Mitgliedschaft im Bundesverband geriatrische Schwerpunktpraxen e.V. unterstütze ich dessen gesellschaftliches und soziales Engagement. Die Erläuterungen zur Mitgliedschaft, Aufnahmebedingungen, Kündigungsfrist, Beiträge usw., haben wir in der aktuellen Satzung gelesen. Ich bin damit einverstanden, dass meine 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 59,00 EUR

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	geboren am	_____
Titel *		Vorname, Name *	
_____		_____	
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 – PRIVAT –

## 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.

- Ich möchte 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