



**IAD**

Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft  
Dialysezugang e.V.

## **Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft Dialysezugang**

**Anträge auf Mitgliedschaft sind zu richten an:**

---

IAD Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft Dialysezugang e. V.  
Geschäftsstelle  
c/o Aey Congresses GmbH  
Frau Romy Laurisch  
Seumestr. 8  
10245 Berlin

---

**Dem Antragsformular ist die ausgefüllte  
Einzugsermächtigung beizufügen.**

# Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft Dialysezugang

---

## Antrag auf Mitgliedschaft ab

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, Danke)

---

Name, Vorname

---

Titel

Dienststelle

Facharzt

---

Geburtsdatum

Geburtsort

Nationalität

### Dienstanschrift:

---

Klinikname, Abteilung

---

Straße, Hausnummer

Telefon

---

Postleitzahl, Ortsname

Fax

---

E-Mail Adresse

Mit der Benachrichtigung per E-Mail erkläre ich mich einverstanden:

ja

nein

### Privatanschrift:

---

Straße, Hausnummer

---

Postleitzahl, Wohnort

Telefon

Jahresbeitrag:

Ärzte: = 50,00 €

Pflegefachkräfte, med. Fachangestellte oder vergleichbar: = 25,00 €

Patienten, Studenten, Auszubildende: = 10,00 €

### Erklärung zum Datenschutz

Die vorangegangenen Informationen werden elektronisch verarbeitet und sind ausschließlich zur Verwendung innerhalb des Verbandes bestimmt.

Mit Unterzeichnung der Beitrittserklärung geben Sie ausdrücklich Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt:

- für administrative Zwecke des Vereins,
- für die Zugangseinrichtung in den Mitgliederbereich der Webseite [des Vereins]
- für den Erhalt von Mitgliederinformationen.

Der regelmäßige Mitgliedernewsletter kann abbestellt werden.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit zurücknehmen.

---

Datum

Unterschrift des Antragstellers

# SEPA-Lastschriftmandat

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE82ZZZ00000713480**

**Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer) wird separat mitgeteilt**

Ich ermächtige die Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft Dialysezugänge (IAD e.V.) , Zahlungen an meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der IAD e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Es handelt sich um eine wiederkehrende Zahlung.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungstag, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Es gelten die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name

Vorname

Anschrift

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft Dialysezugang e. V. auf dem Wege des Einzugsermächtigungsverfahrens meinen Jahresbeitrag von meinem Konto

Name Kontoinhaber (nur falls abweichend vom Mitgliedernamen)

Kontonummer

Bankleitzahl

IBAN

BIC-/SWIFT-Code

**BITTE BEACHTEN! AB 2014 ZWINGEND ERFORDERLICH!**

Name des Kreditinstitutes

einzieht.

Die Abbuchung für den jährlichen Beitrag erfolgt im ersten Kalendervierteljahr des Beitragsjahres.

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

## Datenschutz

Die vorangegangenen Informationen werden elektronisch gespeichert und sind ausschließlich zur Verwendung innerhalb des Verbandes bestimmt. (Verwaltung, Korrespondenz, Mitgliederlisten). Mit Unterzeichnung der Beitrittserklärung geben Sie ausdrücklich Ihre Einwilligung zur Datenerfassung.

## Information zum Einzug

Der Beitrag wird spätestens bis zum 15. Werktag des Kalenderjahres eingezogen.