



24. September 2025

Mitgliedsantrag

Praxisanschrift	
Titel; Name, Vorname: _____	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ; Ort: _____	
E-Mail: _____	
Homepage: _____	
Tel.: _____ Fax: _____	
Geb. Datum: _____	
Privatanschrift	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ; Ort: _____	
E-Mail: _____	
Tel.: _____ Fax: _____	
Beitragsgruppe (bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt/Ärzte in einer BAG	900 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Leitende Ärzte im MVZ	750 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Chefarzt	200 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst/Oberarzt/Angestellter Arzt	100 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Assistenzärzte / in Weiterbildung	0 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Ruhestand	0 EURO/Jahr
<input type="checkbox"/> Neu-Mitglied Eintritt 1.Halbjahr (1.1.-30.6.)	½ Jahresbeitrag
<input type="checkbox"/> Neu-Mitglied Eintritt 2.Halbjahr (1.7.-31.12.)*	0 Jahresbeitrag
(*dieser Neuzugang zahlt voll ab dem Folgejahr).	

**Berufsverband für Pneumologie,
Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin
Nordrhein e. V.**

Ein Landesverband im
Bundesverband der Pneumologen, Schlaf-
und Beatmungsmediziner

Anschrift

Berufsverband für Pneumologie,
Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin
Nordrhein e. V.
Unter den Linden 10
10117 Berlin

Telefon: 030 700 140 445

info@pneumologenverband.de
www.nordrhein.pneumologenverband.de

Bankverbindung

Sparkasse Neuss
IBAN DE18 3055 0000 0093 3471 85
BIC WELADEDN

Vorsitzender

Norbert Karl Mülleneisen

1. Stellv. Vorsitzender

Dr. Susanna Jörger-Tuti

2. Stellv. Vorsitzender

Dr. Anas Al-Sawaf

Schriftführer

Prof. Dr. med. Christian Taube

Schatzmeister

Wolfgang Wende

Vereinsregisternummer

4536

Amtsgericht

Düsseldorf

Geschäftsstelle

c/o BdP Schlaf- und Beatmungsmediziner
e.V.
Unter den Linden 10
10117 Berlin



Datenschutzerklärung

Das Mitglied willigt mit seiner Unterschrift und seinem Beitritt zum Berufsverband für Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin Nordrhein e. V. in die Verarbeitung seiner Daten ein, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben und Zwecke des Verbandes erforderlich ist. Einwilligung wird ebenfalls erteilt für die Weitergabe der oben stehenden Daten an den Bundesverband, der diese ebenfalls verarbeiten darf. Der Landesverband sichert absolute Vertraulichkeit und Sicherheit der von ihm verwalteten Daten zu. Die Weitergabe an den Bundesverband erfolgt nur in dem jeweils erforderlichen Umfang. Sofern die Verarbeitung dieser Daten im Rahmen einer Auftragsverarbeitung erfolgt, ist ein entsprechender Vertrag mit einer Verpflichtung auf den Datenschutz abgeschlossen.

Die Daten werden zur Erfüllung der Zwecke gem. § 2 Nr. 1 der Satzung des Berufsverbandes nur so lange gespeichert, wie es zur Erfüllung der o.g. Zwecke oder geltenden Rechtsvorschriften erforderlich ist. Sollte das Mitglied die Löschung seiner Daten wünschen, werden die Daten unverzüglich gelöscht, soweit der Löschung nicht rechtliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen. Das Mitglied erklärt mit seiner Unterschrift, dass es die Einwilligung in die Datenverarbeitung freiwillig und in Kenntnis seiner Rechte als betroffene Person nach der DSGVO – in Form eines Auskunftsrechts, Recht auf Berichtigung oder Löschung der Daten, Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung und insbesondere Recht auf Widerruf der erteilten Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft – erteilt. Sofern das Mitglied mit der beschriebenen Vorgehensweise nicht einverstanden ist, kann es bei der zuständigen Datenschutz-Aufsichtsbehörde eine Beschwerde einreichen.

Der Datenschutzbeauftragte steht außerdem für Rückfragen bezüglich des Datenschutzes im Berufsverband für Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin Nordrhein e. V. zur Verfügung.

Ort, Datum Unterschrift



Berufsverband für Pneumologie, Allergologie,
Schlaf- und Beatmungsmedizin Nordrhein e.V.
Unter den Linden 10
10117 Berlin

SEPA-Lastschriftmandat	
Titel; Name; Vorname: _____	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ; Ort: _____	
Kreditinstitut: _____	
IBAN: DE ____ ____ ____ ____ ____ ____	
BIC: _____	

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE21 ZZZ 00000 461117

Hiermit ermächtige ich den Berufsverband für Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin Nordrhein e.V. die wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Berufsverband für Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin Nordrhein e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort Datum Unterschrift