

## Beitrittserklärung zum Patientenzentrierte Versorgung Dortmund (PZV-DO) e.V.

Hiermit erkläre(n) ich/wir den Beitritt zum PZV-DO e.V. durch

persönliche Mitgliedschaft.

Name: \_\_\_\_\_

institutionelle Mitgliedschaft.

Institution: \_\_\_\_\_

vertreten durch:

\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Internet: \_\_\_\_\_

Der Mitgliedsbeitrag (mind. 50 €) beträgt jährlich: \_\_\_\_\_

Ich/Wir beantrage(n) eine beitragsfreie Mitgliedschaft.

Begründung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Der Mitgliedsbeitrag ist 4 Wochen nach Beitritt fällig.

Bitte überweisen Sie den Mitgliedsbeitrag auf folgendes Konto:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Verwendungszweck: Mitgliedsbeitrag des Jahres \_\_\_\_ PZV-DO e.V.

IBAN: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Erhebung von Daten:

**Aufgrund des Art. 6 Abs. 1 lit.b DS-GVO werden nur solche Daten erhoben, die zur Verfolgung der Vereinsziele und für die Betreuung und Verwaltung der Mitglieder notwendig sind.**

### VOM PZV-DO AUSZUFÜLLEN:

Bestätigungsschreiben am: \_\_\_\_\_

Beitrag fällig ab: \_\_\_\_\_

Patientenzentrierte Versorgung Dortmund (PZV-DO) e.V.  
c/o Johanniter-Klinik am Rombergpark  
Am Rombergpark 42  
44225 Dortmund