



Fachverband Deutscher Heilpraktiker
Landesverband Thüringen e.V.

Antrag auf Mitgliedschaft

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Fachverband Deutscher Heilpraktiker e.V. –
Bundesverband, Bonn
sowie Landesverband Thüringen e.V.
Geschäftsstelle
Am Anger 13, 99830 Treffurt

Mitgliedschaft ab: _____

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum/Geburtsort: _____

Anschrift: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ **Fax:** _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde nach HPG seit: _____

Ausstellende Behörde: _____

Allgemeine Angaben

Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich gehöre bisher keinem Berufsverband an

Ich gehörte bis dato folgendem Berufsverband an:

Ich praktiziere als Heilpraktiker/-in

seit: _____

Die Praxis wird/wurde eröffnet am _____

Ich praktiziere noch nicht*

Ich eröffne vorerst keine Praxis*

*Begründung: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte fügen Sie dem Antrag folgende Unterlagen bei:

- Tabellarischer Lebenslauf mit Angabe der Ausbildungen
- Kopie der Erlaubnisurkunde
- 1 Lichtbild
- Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftmandat

Erklärung

Ich versichere, dass weder ich, noch einer der Mitarbeiter in meiner Praxis nach der Methode von L. Ron Hubbard (Scientology) arbeiten oder geschult werden.

Weiterhin werde ich keine Kurse/Seminare o.Ä. nach der Methode von L. Ron Hubbard besuchen.

Ich lehne die Technologie von L. Ron Hubbard in meiner Praxistätigkeit und Führung von Seminaren strikt ab.

(Ausschluss aus Heilpraktikerverbänden)

Ich bestätige, dass ich bisher aus keinem Heilpraktikerverband ausgeschlossen wurde.

Mitgliedsbeitrag

Es ist ein monatlicher Beitrag in Höhe von 15,00 € zu entrichten. Dieser wird, wenn nicht anders vereinbart, zum Anfang eines jeden Monats von Ihrem Bankkonto eingezogen.

Es fällt eine einmalige Aufnahmegebühr von 35,00 € für Auslagen und dem Mitgliedsstempel an und wird zusammen mit dem ersten Monatsbeitrag eingezogen.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Berufsordnung des Verbandes an und verpflichte mich, dieselben in der Tätigkeit als Heilpraktiker/-in einzuhalten. Weiterhin erkläre ich mich mit allen Inhalten dieses Antrags einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift / Praxisstempel

Der Berufsverband versichert, dass Ihre persönlichen Angaben strengst vertraulich behandelt werden.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Mandatsreferenz

Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtige(n) Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto mit der

Kto.-Nr.	Bankleitzahl
genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts	

einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kreditinstitut	BIC ¹
----------------	------------------

IBAN					
D E					

Ort, Datum	Unterschrift(en)
------------	------------------

Vor dem Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift werden Sie mich/uns über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Mandatsreferenz

Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtige(n) Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto mit der

Kto.-Nr.	Bankleitzahl
genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts	

einziehen.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kreditinstitut	BIC ¹
----------------	------------------

IBAN					
D E					

Ort, Datum	Unterschrift(en)
------------	------------------

Vor dem Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift werden Sie mich/uns über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Datenschutzerklärung

Allgemeines und Grundsätze

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personengebundenen Daten erfolgt im Verband nach den Richtlinien der EU-Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) sowie des gültigen Datenschutzgrundgesetzes (BDSG).

Mit dem Beitritt eines neuen Mitgliedes in den Verband erfolgt eine datenschutzrechtliche Unterrichtung des Mitgliedes gemäß Art. 13 Abs. 1 und Abs. 2 der DS-GVO.

Der Verband darf beim Eintritt eines Mitglieds in den Verband alle Daten erheben (Aufnahmeantrag für Mitgliedschaft bzw. Beitrittserklärung und Sepa-Lastschriftmandat), die zur Verfolgung und Erfüllung der Verbandziele und für die Betreuung und Verwaltung seiner Mitglieder erforderlich sind (s. Art. 6 Abs. 1 a; b).

Beitritt in den Heilpraktikerverband:

Mit dem Mitgliedsantrag für einen Beitritt in den Heilpraktikerverband nimmt der Verband folgende personenbezogenen Daten auf:

- Vor- und Zuname
- Geschlecht
- Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort sowie die Praxisadresse (falls schon bekannt))
- Kommunikationsdaten (Telefon, Fax, E-Mail evtl. Handynummer)
- Geburtsdatum
- Lebenslauf mit beruflichem Werdegang;
- Heilpraktiker-Erlaubnis
- bisherige Fortbildungsnachweise in Diagnose- und Therapieverfahren
- Bankverbindung

Jedem Verbandsmitglied wird zudem eine verbandseigene Mitgliedsnummer zugeordnet.

Ohne diese personenbezogenen Daten ist eine Mitgliedschaft im Heilpraktikerverband nicht möglich.

Die Daten sind für eine satzungsgemäße Betreuung und Verwaltung der Mitglieder durch den Heilpraktikerverband unabdingbar und erforderlich.

Die personenbezogenen Daten werden in einem verbandseigenem System gespeichert und aufbewahrt (Mitglieder-Adressdatei im EDV-System sowie in einer Mitgliederkartei), welche durch technische und organisatorische Maßnahmen vor einem unberechtigten Zugriff und Einblick Dritter geschützt ist.

Sonstige Informationen sowie Informationen und Daten über Nichtmitglieder werden vom Verband nur intern erhoben und verarbeitet, wenn sie der Erfüllung des Vereinszweckes dienen und keine Anhaltspunkte bestehen, dass die betroffene Person ein schutzwürdiges Interesse hat, welches der Verarbeitung entgegensteht (z. B. für Einladungen zu Fachfortbildungen und Kongressen).

Ausscheiden aus dem Verband:

Bei Ausscheiden eines Mitgliedes aus dem Verband (Austritt, Ausschluss oder Tod) werden alle gespeicherten Daten archiviert. Die archivierten Daten werden ebenfalls durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen vor der unberechtigten Kenntnisnahme und Zugriff geschützt.

Die archivierten Daten dürfen ebenfalls nur zu verbandsinternen Zwecken verwendet werden.

Personenbezogene Daten des ausgeschiedenen Mitglieds, die zur Kassenverwaltung (Lastschriftzug) des Verbandes notwendig waren, werden gemäß den steuerrechtlichen Bestimmungen bis zu 10 Kalenderjahre ab der Wirksamkeit des Austritts durch den Verband aufbewahrt. Danach werden diese Daten gelöscht bzw. in geeigneter Weise vernichtet.

Übermittlung von Daten bei der Mitgliedermeldung an den Bundesverband:

Der Fachverband Deutscher Heilpraktiker - Landesverband Thüringen e.V. ist, wie auch die anderen 15 Landesverbände, dem Fachverband Deutscher Heilpraktiker – Bundesverband e.V. mit Sitz in Bonn angeschlossen.

Der Landesverband ist verpflichtet, seine Mitglieder an den Bundesverband zu melden. Die Datenweitergabe an den Bundesverband stellt einen verbandsinternen Vorgang dar und ist keine direkte Datenübermittlung sondern eine Datennutzung i. S. des § 3 Abs. 8 Satz 2 BDSG.

Übermittelt werden dabei personenbezogene Daten nach dem Meldestandard des Bundesverbandes und seiner Landesverbände.

Das sind insbesondere:

- Vor- und Zuname, Anschrift, Geburtsdatum, Geschlecht;
- Eintrittsdatum zur aktiven Mitgliedschaft
- Mitgliedsnummer;
- Datum der Ummeldung in einen anderen Landesverband;
- Datum des Ausscheidens eines Mitgliedes aus dem Verband

Bei aktiven Mitgliedern mit besonderen Funktionen laut Satzung:

Der Vorstand: Vorsitzende/r und stellvertretende/r Vorsitzende/r werden mit vollständiger Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse und Funktion dem Bundesverband gemeldet.

Der Landesverband erklärt ausdrücklich bei Abgabe einer Mitgliedermeldung an den Bundesverband, dass die Daten ausschließlich für verbandsinterne Zwecke verwendet werden dürfen.

Eine Weitergabe oder Überlassung an Dritte ist untersagt bzw. bedarf der schriftlichen Einwilligung des jeweiligen Mitgliedes.

Die Übermittlung der Mitgliedermeldungen an den Bundesverband erfolgt in einem datentechnisch verschlüsselten Verfahren bzw. mit verschlossenem Postbrief per Einschreiben.

Mitgliederverzeichnisse werden nur an die Vorstandsmitglieder oder sonstige Mitglieder ausgehändigt, die im Verband nach Satzung eine besondere Funktion ausüben, welche die Kenntnis von Mitgliederdaten erfordert.

Datenschutzrechte und Widerrufrechte:

Jedes Mitglied hat das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch nach dem DS-GVO.