

Aufnahmeantrag ab _____

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft gemäß § 5 der Satzung in der Fassung vom 22. März 2014 im

Verband klassischer Homöopathen Deutschlands e.V. (VKHD)

- als ordentliches Mitglied (OM)
 ermäßigtes ordentliches Mitglied (EM) – im 1.-4. Praxisjahr (auf Antrag)
 außerordentliches Mitglied (AM) – ohne Praxis

Jahresbeitrag

- | | | |
|--|--------------------------------|--|
| <input type="radio"/> OM | <input type="radio"/> € 252,-- | |
| <input type="radio"/> EM2 - im 3./4. Praxisjahr) | <input type="radio"/> € 204,-- | <input type="radio"/> Praxis erst seit ____/____/____ |
| <input type="radio"/> EM1 – im 1./2. Praxisjahr | <input type="radio"/> € 144,-- | <input type="radio"/> Praxis erst seit ____/____/____* |
| <input type="radio"/> AM – ohne Praxis | <input type="radio"/> € 108,-- | <input type="radio"/> keine Praxis/in Ausbildung* <input type="radio"/> HP-Anwärter <input type="radio"/> Auslandsaufenthalt |

* Ich verpflichte mich, die Beendigung meiner Ausbildung/ den Ablauf der zweijährigen Praxiszeit unaufgefordert mitzuteilen.

- Bearbeitungsgebühr einmalig** € 50,-- incl. **Verbandsstempel** mit Holzgriff **oder**
 als Grafikdatei
+ € 10,-- bei Bestellung von Holz- **und** Grafikstempel

Die Beitragspflicht beginnt im Monat des Eintritts. Im Eintrittsjahr wird der Beitrag monatlich anteilig berechnet. In den Folgejahren wird er bei Überweisung im Januar, bei Bankeinzug erst im April fällig.

Praxisadresse

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Web _____

Bundesland _____ E-Mail _____

Privatadresse

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Fax _____

Geburtsdatum _____ E-Mail _____

Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde seit _____ **(Bitte Kopie beilegen!)**

Ausbildung in Klassischer Homöopathie seit/bei (Schule, Kurse, etc.), ggfs. separates Blatt beilegen:

Um realistisch einschätzen zu können, wie die Arbeitsbedingungen unserer Mitglieder sind und um eine angemessene Vertretung zu gewährleisten, bitten wir Sie zusätzlich um folgende Angaben:

- Bereits bestehende ordentliche oder außerordentliche Mitgliedschaften in:
Heilpraktiker-Verbänden: _____
Homöopathie-Vereinen: _____
- Praxis seit: ____/____/____
- Ausübung der klassischen Homöopathie seit: _____
- Berufsausübung in Teilerwerb Vollerwerb
 weitere berufliche Tätigkeit als _____
- Wenden Sie außer der Homöopathie noch andere Behandlungsmethoden an?
Wenn ja, welche? _____
Verhältnis in %: klassische Homöopathie _____% andere Methoden _____%
- Frühere Berufe: _____

*Ich erkläre hiermit mein Einverständnis, dass **meine Daten** im Rahmen der Zweckbestimmung meiner Mitgliedschaft und entsprechend den Vorgaben der anliegenden Datenschutzerklärung des VKHD erhoben sowie elektronisch verarbeitet und genutzt werden. Einer Weitergabe meiner Kontaktdaten an interessierte Stellen aus dem homöopathischen Bereich sowie der Veröffentlichung auf der Therapeutenliste des VKHD stimme ich hiermit zu.*

*Die **Satzung** in der Fassung vom 22. März 2014, die **Datenschutzerklärung** sowie die **Berufsordnung** mit integrierten Ethik-Richtlinien des VKHD in der Fassung vom Februar 2013 erkenne ich an.*

***Vereinsinsignien** wie Verbandslogo oder -stempel werde ich nur zum Ausweisen der Mitgliedschaft oder zu den vom Vorstand ausdrücklich freigegebenen Zwecken verwenden. Der urheberrechtliche Schutz ist mir bekannt.*

Außerdem erkläre ich hiermit, in meiner Praxis überwiegend die klassische Homöopathie nach den Regeln Samuel Hahnemanns auszuüben.

Ort, Datum

Unterschrift und ggfs. Stempel

Antrag bitte einsenden an die Geschäftsstelle des

VKHD e.V. • Wagnerstraße 20 • 89077 Ulm • Tel. 0731-407722-0 • Fax 0731-407722-40 • info@vkhd.de

Datenschutzerklärung VKHD-Mitgliedschaft

1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

Verband klassischer Homöopathen Deutschlands e.V.

2. Welche Daten werden genutzt?

Wir erheben und speichern ausschließlich Daten, die zur Abrechnung und Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft notwendig sind. Dazu gehören: Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Bankverbindung, Therapie- und Diagnoseverfahren, Informationen zu Berufsausbildung und Berufsstand.

3. Zu welchem Zweck werden die Daten verarbeitet?

Wir verarbeiten Ihre Daten zur Verwaltung der Mitgliedschaft.

4. Wer bekommt Ihre Daten?

Webhoster, Webagentur, Lettershop für Aussendungen, Newsletter-Anbieter für den Versand unseres Newsletters. Über die aktuellen externen Anbieter / Dienstleister, mit denen wir jeweils einen Auftragsverarbeitungsvertrag zum Datenschutz abgeschlossen haben, geben wir Ihnen gerne auf Nachfrage Auskunft.

5. Übermittlung der Daten an ein Drittland

Die Übermittlung der Daten in Drittländer findet nicht statt.

6. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Wir speichern Ihre Mitgliedsdaten solange wir rechtlich dazu verpflichtet sind. Das Steuerrecht schreibt uns eine Aufbewahrung Ihrer Rechnungen von 10 Jahren vor. Nicht benötigte Daten werden regelmäßig gelöscht.

7. Welche Datenschutzrechte und Widerrufrechte bestehen für Sie?

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO, das Recht auf Widerspruch aus Artikel 21 DSGVO sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit aus Artikel 20 DSGVO. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Artikel 77 DSGVO i.V.m. §19 BDSG).

Eine erteilte Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten können Sie jederzeit uns gegenüber widerrufen. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der EU-Datenschutz-Grundverordnung, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

8. Bereitstellung Ihrer Daten

Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, die zu Abrechnung und Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft benötigten Daten bereitzustellen. Ohne diese Daten werden wir in der Regel Ihren Antrag auf Mitgliedschaft ablehnen müssen.

9. Automatisierte Entscheidungsfindung und Profiling

Verfahren wie automatisierte Entscheidungsfindung und Profiling finden bei uns direkt nicht statt.

Bitte helfen Sie uns, Zeit und Kosten zu sparen durch Überlassung dieses

SEPA-Lastschriftmandats

für wiederkehrende Zahlungen

| |
|---|
| <i>Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:</i> |
| Verband klassischer Homöopathen Deutschlands e.V. Wagnerstraße 20 89077 Ulm |

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE59B9700000586242

Mandatsreferenz: _____
(wird von der VKHD-Geschäftsstelle ausgefüllt)

Hiermit ermächtige ich den Verband klassischer Homöopathen Deutschlands e.V. (VKHD), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VKHD e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Dafür anfallende Bankgebühren gehen zu meinen Lasten.
Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

DIESES SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT GILT FÜR DIE MITGLIEDSCHAFT VON:

VORNAME UND NAME **MITGLIED**

Vorname und Name **Kontoinhaber**, falls nicht identisch

Straße

PLZ und Ort

Kreditinstitut (Name)

BIC: _____ | _____

IBAN: DE ____ | _____ | _____ | _____ | _____ | ____

(Bitte deutlich und in Druckbuchstaben schreiben)

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift