**Berufsverband Medizinischer Informatiker e.V.**

- Geschäftsstelle-

Oberlinstrasse 26

41239 Mönchengladbach

Telefon: +49 (0)2166 – 2171148 | Fax: +49 (0)2166 - 134545

**Bitte beim elektronischen Ausfüllen des Formulars mit der TAB-Taste weiter springen**

**Antrag auf Mitgliedschaft im BVMI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Art der Mitgliedschaft**:*Jahresbeiträge* | [ ]  ordentlich*50 €* | [ ]  assoziiert*45 €* | [ ]  studentisch *-* | [ ]  fördernd*gestaffelt nach**Mitarbeitern* |

5 € Ermäßigung bei Erteilung einer Einzugsermächtigung oder

5 € Ermäßigung bei Doppelmitgliedschaft (z.B. mit GMDS) Verein:
Mitgliedsnummer:

50 % Ermäßigung für Rentner/Pensionäre (auf schriftl. Antrag)

**Name**:       Titel:

**Vorname**:       Geburtsdatum:

Hochschulabschluss:

Studienfach:       Abschlussdatum:

**Dienstadresse**:
[ ]  Dienstadresse bitte als Postanschrift für BVMI-Mitteilungen verwenden

Firma / Institut:

Straße, Hausnummer:

PLZ Ort:

Telefon:       Telefax:

E-Mail:

[ ]  Aufnahme der E-Mail-Adresse in BVMI-E-Mail-Verteiler

**Privatadresse**:

Straße:

PLZ Ort:

Telefon:       Telefax:

**Arbeitsgebiet(e)**:

medizinisch:

informatisch:

**Einverständnis zur Datenspeicherung**

Ich bin davon unterrichtet und damit einverstanden, dass meine Daten für vereinsinterne Verwaltungsangelegenheiten elektronisch gespeichert werden. Ich habe die Datenschutzerklärung des BVMI unter der Url

<https://bvmi.de/datenschutzerklaerung>

zur Kenntnis genommen und erkläre mit meiner Unterschrift ausdrücklich mein Einverständnis.

**Ort, Datum Unterschrift**

**Berufsverband Medizinischer Informatiker e.V.**

- Geschäftsstelle-

Oberlinstrasse 26

41239 Mönchengladbach

Telefon: +49 (0)2166 – 2171148 | Fax: +49 (0)2166 - 134545

**Bitte beim elektronischen Ausfüllen des Formulars mit der TAB-Taste weiter springen**

**Einzugsermächtigung**

**Name**:

**Vorname**:

Straße, Hausnummer:

PLZ Ort:

Mitgliedsnummer:

Hiermit ermächtige ich den BVMI widerruflich, den von mir zu leistenden Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines nachfolgend aufgeführten Kontos einzuziehen.

Kontoinhaber:

Kontonummer:       BLZ:

IBAN:       SWIFT/BIC:

Kreditinstitut:

**Einverständnis zur Datenspeicherung**

Ich bin davon unterrichtet und damit einverstanden, dass meine Daten für vereinsinterne Verwaltungsangelegenheiten elektronisch gespeichert werden. Ich habe die Datenschutzerklärung des BVMI unter der Url

<https://bvmi.de/datenschutzerklaerung>

zur Kenntnis genommen und erkläre mit meiner Unterschrift ausdrücklich mein Einverständnis.

**Ort, Datum Unterschrift**