Assoziierter Arzt der Deutschen Leberstiftung Rückmeldebogen



An die Deutsche Leberstiftung Geschäftsstelle Carl-Neuberg-Straße 1 30625 Hannover



lacksquare Ja, ich bin ärztlich t	ätig und möchte "Assoziierter Arzt der Deutschen Leberstiftung" werden:
Titel	
Vorname/Name	
Klinik/MVZ/Praxis	
Abteilung	
Straße/Hausnummer	
PLZ/Ort	
Website	
Geburtsdatum	
E-Mail	
lch bin bereit, den Jahr	esbeitrag in unten genannter, ausgewählter Höhe zu zahlen.
☐ Niedergelassener A	inik/MVZ/Praxis) (jährlicher Beitrag: € 100,-) Arzt (jährlicher Beitrag: € 200,-) r (jährlicher Beitrag: € 300,-)
[!] Meinen Lebenslauf f (Ohne Lebenslauf k	rüge ich bei. ann dieser Antrag leider nicht bearbeitet werden!)
Ort, Datum	Unterschrift

Wir bitten Sie, uns eine Einzugsermächtigung zu erteilen (siehe Rückseite). Falls Sie dies nicht möchten, überweisen Sie Ihren Beitrag bitte an die Deutsche Leberstiftung, IBAN: DE72 3607 0050 0108 9770 00, BIC: DEUTDEDEXXX.



Assoziierter Arzt der Deutschen Leberstiftung Rückmeldebogen

Einzugsermächtigung (nur möglich für Konten in Deutschland)

Kontoinhaber	
Anschrift	
IBAN	
BIC	
als Assoziierter Arzt b Wenn mein Konto die	n die Deutsche Leberstiftung widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen ei Fälligkeit zulasten meines o.g. Kontos durch Lastschrift einzuziehen. erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes r Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.
Ort, Datum	Unterschrift
Veröffentlichung de	r Kontaktdaten
	ntlichung der umseitig genannten Kontaktdaten auf der Website der Deutschen Leberstiftung I einverstanden. Auf Anfrage kann die Deutsche Leberstiftung diese Daten weitergeben.
Ort, Datum	Unterschrift
Datenschutz (Ihr Ar	trag kann nur mit dieser Einwilligung bearbeitet werden)
Vorgaben gespeichert über weitere Aktivitäte Wir geben Ihre Daten Ihre personenbezoger	sonenbezogenen Daten werden von der Deutschen Leberstiftung gemäß gesetzlichen und für die Bearbeitung Ihres Antrages genutzt. Zudem nutzen wir die Daten, um Sie in der Deutschen Leberstiftung (Veranstaltungen, Fördermaßnahmen) zu informieren. nicht an Dritte weiter, soweit es nicht für die Bearbeitung unbedingt notwendig ist. den Daten speichern wir nur so lange, wie es zur Erfüllung der verfolgten Zwecke state und Widerspruch.
eine eindeutige Wille buchhalterische Zwec Verantwortlich für den 30625 Hannover, da	onenbezogenen Daten ändern, löschen oder übertragen lassen, können Sie uns jederzeit nserklärung per Fax, Brief oder E-Mail zukommen lassen. Daten für Abrechnungs- und ke dürfen von uns nicht gelöscht werden. Datenschutz: Bianka Wiebner, Deutsche Leberstiftung, Carl-Neuberg-Straße 1, tenschutz@deutsche-leberstiftung.de, Telefon 0511 532 6815. unter: www.deutsche-leberstiftung.de/Datenschutz.
lch erkläre mein Einve	rständnis, dass die hier erfassten Daten gespeichert und genutzt werden.
Ort Datum	Unterschrift
Ort, Datum	Onierschill

Seite 2 Stand: August 2025