

Assoziierter Arzt der Deutschen Leberstiftung  
Rückmeldebogen

Deutsche  
\_Leberstiftung

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



Ja, ich bin ärztlich tätig und möchte „Assoziierter Arzt der Deutschen Leberstiftung“ werden:

Titel \_\_\_\_\_  
Vorname/Name \_\_\_\_\_  
Praxis/Klinik \_\_\_\_\_  
Abteilung \_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Homepage \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

Ich bin:

- Klinikarzt (jährlicher Beitrag: € 100,-)
- Niedergelassener Arzt (jährlicher Beitrag: € 200,-)
- Chefarzt/Klinikleiter (jährlicher Beitrag: € 300,-)

[!] Meinen Lebenslauf füge ich bei.

(Ohne Lebenslauf kann 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: DEUTDE3333.

Bitte beachten Sie Seite 2

### Einzugsermächtigung (nur möglich für Konten in Deutschland)

Kontoinhaber \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_  
BIC \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Leberstiftung widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen als Assoziierter Arzt bei Fälligkeit zu Lasten meines o. g. Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Einlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Veröffentlichung der Kontaktdaten

Ich bin mit der Veröffentlichung der umseitig genannten Kontaktdaten auf der Website der Deutschen Leberstiftung und im HepNet Journal einverstanden. Auf Anfrage kann die Deutsche Leberstiftung diese Daten weitergeben.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Datenschutz (Ihr Antrag kann nur mit dieser Einwilligung bearbeitet werden)

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die hier erfassten Daten gespeichert und genutzt werden.

Die angegebenen personenbezogenen Daten werden von der Deutschen Leberstiftung gemäß gesetzlicher Vorgaben gespeichert und für die Bearbeitung Ihres Antrages genutzt. Zudem nutzen wir die Daten, um Sie über weitere Aktivitäten der Deutschen Leberstiftung (Veranstaltungen, Fördermaßnahmen) zu informieren. Wir geben Ihre Daten nicht an Dritte weiter, soweit es nicht für die Bearbeitung unbedingt notwendig ist. Ihre personenbezogenen Daten speichern wir nur so lange, wie es zur Erfüllung der verfolgten Zwecke notwendig ist bzw. bis zu Ihrem Widerspruch.

Möchten Sie Ihre personenbezogenen Daten ändern, löschen oder übertragen lassen, können Sie uns jederzeit eine eindeutige Willenserklärung per Fax, Brief oder E-Mail zukommen lassen. Daten für Abrechnungs- und buchhalterische Zwecke dürfen von uns nicht gelöscht werden.

Verantwortlich für den Datenschutz: Bianka Wiebner, Deutsche Leberstiftung, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, [datenschutz@deutsche-leberstiftung.de](mailto:datenschutz@deutsche-leberstiftung.de), Telefon 0511 532 6815.

Weitere Informationen unter: [www.deutsche-leberstiftung.de/Datenschutz](http://www.deutsche-leberstiftung.de/Datenschutz).

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift