

**Aufnahmeantrag für die Mitgliedschaft im  
Berufsverband niedergelassener  
fachärztlich tätiger Internisten e.V. (BNFI)**



Herrn  
Dr. med. Peter Baier  
(Sprecher des Vorstandes)

Badweg 15  
86381 Krumbach

Fon: 08282 81200  
Fax: 08282 81202  
E-Mail: [info@bnfi.de](mailto:info@bnfi.de)

**An den Vorstand des  
„Berufsverband niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten e.V.“**

Ich beantrage die Mitgliedschaft im „Berufsverband niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten e. V.“ und erkenne die Satzung sowie die Beitragsordnung an.

Sowohl die Satzung als auch die Beitragsordnung sind unter [www.bnfi.de](http://www.bnfi.de) abrufbar.

Der Mitgliedsbeitrag richtet sich nach der jeweils geltenden Beitragsordnung und wird standardmäßig aufgrund eines von Ihnen erteilten SEPA-Lastschriftmandats zum Fälligkeitstag eingezogen. Die Erteilung erfolgt separat mittels des Formulars über die Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats.

**Persönliche Daten:**

Titel, Name, Vorname ..... Geb. Dat. ....

**Praxisanschrift:**

Straße/Nr. .... PLZ: ..... Ort: .....

Tel.: ..... Fax: ..... Handy: ..... E-Mail .....

**Angaben zur Praxis:**

Beginn der Praxistätigkeit: ..... KV-Nr.: ..... KV-Bezirk: .....

Tätigkeitsschwerpunkt/-e: .....

Teilgebietsbezeichnung/-en: .....

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift**

Die **Widerrufsbelehrung** sowie die **Hinweise zum Datenschutz** habe ich zur Kenntnis genommen.

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift**

**Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats  
für wiederkehrende Zahlungen**

**Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)**

Berufsverband niedergelassener fachärztlich  
tätiger Internisten e.V. , vertreten durch den  
Schatzmeister- Dr. Jan Hendrik van de Berg  
Burgbergsweg 16, 93133 Burglengenfeld

**Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)**  
DE76ZZZ00000852104

**Name und Anschrift des Kontoinhabers**

**Mandatsreferenz**

(Die Bezeichnung und Mitteilung der konkreten Mandatsreferenz für  
das SEPA Lastschriftmandat erfolgt nach Aufnahme in den Verein.)

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n) den **Berufsverband niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten e.V.**, Zahlungen von  
meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von  
dem Berufsverband niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften  
einzulösen.

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

IBAN: .....

BIC: .....

genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts .....

Die Kontobelastung (Fälligkeitsdatum) erfolgt am 01.Januar. (oder dem folgenden Geschäftstag) eines jeden Jahres,  
erstmalig am 01.Januar.20\_\_\_\_.

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift (Kontoinhaber)**

# Widerrufsbelehrung

## Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag und damit Ihre Mitgliedschaft zu widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab dem Tag des Vertragsabschlusses. Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns mittels einer eindeutigen Erklärung (z. B. ein mit der Post versandter Brief, Telefax oder E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Sie können dafür das beigefügte Muster-Widerrufsformular verwenden, das jedoch nicht vorgeschrieben ist.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden. Der Widerruf ist zu richten an

**Berufsverband niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten e.V.**

**Dr. Peter Baier**

**(Sprecher des Vorstandes)**

**Badweg 15**

**86381 Krumbach**

**Fon: 08282 81200, Fax: 08282 81202**

**E-Mail: dr.peter.baier@web.de**

## Folgen des Widerrufs

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen erhalten haben, einschließlich von evtl. angefallenen Lieferkosten, unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Widerruf dieses Vertrags bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet. Haben Sie verlangt, dass Ihre Mitgliedschaft während der Widerrufsfrist beginnen sollen, so haben Sie uns einen anteiligen Mitgliedschaftsbeitrag zu zahlen, der dem Anteil der bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie uns von der Ausübung des Widerrufsrechts hinsichtlich dieses Vertrags unterrichten, bereits erbrachten Dienstleistungen im Vergleich zum Gesamtumfang der im Vertrag vorgesehenen Dienstleistungen entspricht.

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift**

**BNFI e.V.: Bundesvorsitzende: Dr. P. Baier ( Sprecher), Dr. L. Grau, Dr. T. Seyfferth  
Vereinsregister Traunstein - Nr. 41621**

**Bankverbindung: Vereinigte Sparkassen im Landkreis Schwandorf, IBAN: DE10 7505 1040 0760 4779 43 BIC: BYLADEM1SAD**

**Muster-Widerrufsformular:**

(Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden es an uns zurück.)

An :

**Berufsverband niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten e.V.**

**Dr. Peter Baier**

**(Sprecher des Vorstandes)**

**Badweg 15**

**86381 Krumbach**

**Fon: 08282 81200, Fax: 08282 81202**

**E-Mail: dr.peter.baier@web.de**

Hiermit widerrufe(n) ich/wir \_\_\_\_\_ den von mir/uns abgeschlossenen Vertrag über die Mitgliedschaft im  
Berufsverband niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten e.V..

Abgeschlossen am \_\_\_\_\_.

Name des/der Mitglieds/ Mitglieder \_\_\_\_\_

Anschrift des/der Mitglieds/Mitglieder \_\_\_\_\_

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift**

## Hinweise zum Datenschutz

Die Vertraulichkeit und Integrität Ihrer persönlichen Daten und Angaben ist uns ein besonderes Anliegen. Wir werden Ihre Angaben daher sorgfältig und entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz verarbeiten, nutzen und insbesondere nicht ohne Ihre Zustimmung an Dritte weitergeben.

### Einwilligung Datenschutz

**Ich willige ausdrücklich ein**, dass der Bundesverband niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten e. V. unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften meine personenbezogenen Daten zum Zweck der Prüfung meines Antrags auf Abschluss einer Mitgliedschaft im Bundesverband niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten e. V. sowie der allgemeinen, ordnungsgemäßen Vertragserfüllung verarbeitet, nutzt und erforderlichenfalls an Dritte weitergibt.

Ich willige ein, zu den oben angegebenen Zwecken auch per Telefon angesprochen zu werden. Ich willige außerdem ein, zu den oben angegebenen Zwecken auch per E-Mail angesprochen zu werden.

Die gespeicherten Daten lagern auf besonderen Bereichen der Server und werden nach besten Möglichkeiten geschützt.

Mir ist bekannt, dass meine Angaben freiwillig erfolgen.

#### **Recht auf Auskunft**

Ich kann jederzeit kostenlos Auskunft über die gespeicherten Daten verlangen und Einblick in diese erhalten. Die Auskunft kann schriftlicher per Post (kostenlos) erteilt werden.

#### **Recht auf Löschung**

Ich kann jederzeit kostenlos die Berichtigung, Sperrung und Löschung meiner gespeicherten Daten verlangen. Ein Löschungsersuchen ist schriftlich per Brief (Bundesverband niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten e. V., Badweg 15, 86381 Krumbach) oder via E-Mail an [info@bnfi.de](mailto:info@bnfi.de) zu richten.

#### **Recht auf Widerruf**

Ich bin darüber informiert, dass ich diese freiwillige Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen gegenüber dem Bundesverband niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten e. V. widerrufen kann.

Mein Widerruf kann schriftlich per E-Mail an [info@bnfi.de](mailto:info@bnfi.de) oder per Postbrief an Bundesverband niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten e. V., Badweg 15, 86381 Krumbach, erfolgen ohne dass dafür Kosten anfallen, abgesehen von den Kosten der Übermittlung des Widerrufs (zu den Basistarifen).

Bei erfolgtem Widerruf ist der Bundesverband niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten e. V. verpflichtet, meine gespeicherten Daten unverzüglich zu löschen bzw. wenn technisch nicht möglich bzw. unverhältnismäßig aufwändig, ersatzweise zu sperren, sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen dem entgegenstehen.

#### **Haftung für Handlungen Dritter**

Der Bundesverband niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten e. V. weist ausdrücklich darauf hin, dass das Internet trotz aller technischen Vorkehrungen eine absolute Datensicherheit nicht zulässt. Für Handlungen von Dritten wird nicht gehaftet.

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift**

BNFI e.V.: Bundesvorsitzende: Dr. P. Baier ( Sprecher), Dr. L. Grau, Dr. T. Seyfferth  
Vereinsregister Traunstein - Nr. 41621

Bankverbindung: Vereinigte Sparkassen im Landkreis Schwandorf, IBAN: DE10 7505 1040 0760 4779 43 BIC: BYLADEM1SAD