



Den vollständig ausgefüllten Antrag senden
Sie bitte an die VKD-Geschäftsstelle per:

E-Mail: vkdgs@vkd-online.de
oder
Fax: 030 28 88 59 15

(Wird von der Geschäftsstelle ausgefüllt)

Landesgruppe: _____

Mitgliedsnummer: _____

Frau Herr **Titel/Name:** _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ Im Gesundheitsbereich tätig seit: _____
(TT.MM.JJJJ)

Abschluss: Wirtschafts-/Rechts-/Sozialwissenschaft(en) Medizin Pflegewissenschaft
 SMBS / HCM / AKM Sonstiges: _____

Tätig als: _____ seit: _____

Führungsebene im Unternehmen/Unternehmensverbund: _____

Dienstanschrift (zugleich Korrespondenz- und Rechnungsanschrift)

Name der Einrichtung/Dienststelle: _____

Straße/Hausnr.: _____ PLZ/Ort: _____

Der Jahresmitgliedsbeitrag wird per Post an die oben angegebene Rechnungsanschrift in Rechnung gestellt und ist innerhalb von 6 Wochen nach Rechnungsstellung zu begleichen.

Telefon: _____ Mobil: _____

Persönliche E-Mail: _____

Ich bin damit einverstanden
Einladungen, Verbandsinformationen u.ä.
an die E-Mail-Adresse
zu erhalten.

Ja Nein

Interesse an den Fachgruppen (FG):

FG Pflegeeinrichtungen FG psychiatrische Einrichtungen FG Rehabilitationseinrichtungen

Einrichtungsart: Krankenhaus / Uniklinik **Trägerschaft:** öffentlich
Rehabilitationsklinik freigemeinnützig
Pflegeeinrichtung / Altenpflege privat
Fachklinik / Abteilung für Psychiatrie
MVZ am Krankenhaus **Trägersgesellschaft:** _____

VKD-Mitgliedschaft für Nachwuchskräfte*:

Führungsnachwuchs **Empfohlen von:** _____
(Name, Vorname; VKD-Mitgliedsnummer)

Tätig als: _____

* Die Mitgliedschaft und der halbe Mitgliedsbeitrag für Nachwuchskräfte gilt nur für Personen bis max. 39 Jahren, die noch keine Führungsposition übernommen haben. Die Mitgliedschaft ist gültig für zwei Jahre und darf einmal für zwei Jahre, bei Einhaltung der Bedingungen, verlängert werden.

Name, Vorname: _____

Privatanschrift

Straße/Hausnr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon/Mobil: _____ Persönliche E-Mail: _____

Rechnungsanschrift (sofern abweichend von der Dienstanschrift)

Empfänger: _____

Straße/Hausnr.: _____ PLZ/Ort: _____

Datenschutz / Informationen zur Datenerhebung

Wir verarbeiten personenbezogene Daten unserer Mitglieder (Informationen über Sie) im Einklang mit den Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).

Wir verarbeiten Ihre Daten:

- Zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung werden folgende dienstliche und private Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt: Namen, Adressen, Funktion, Titel, Arbeitgeber, Telefonnummern, E-Mail-Adressen und Geburtsdatum.
- Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten nur zu unseren satzungsgemäßen und den in unserer Datenschutzerklärung genannten Zwecken. Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b) DSGVO. Eine Übermittlung Ihrer persönlichen Daten an Dritte zu anderen als den genannten Zwecken ist grundsätzlich nicht vorgesehen. Zur Wahrung der Verbandsinteressen und der Erfüllung der satzungsgemäßen Aufgaben, wie Durchführung von Veranstaltungen, werden die Daten jedoch auch an die verbundene Service Gesellschaft (DFK-Kompetenz GmbH) oder die jeweiligen Vorstände der Regionalgruppen und ggf. Partnerverbände übermittelt. Mit meiner Anmeldung erkläre ich mein Einverständnis mit der o.a. Weitergabe bzw. Verarbeitung meiner Daten.

Sie sind berechtigt, erteilte Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Des Weiteren haben Sie das Recht, Auskunft über die bei uns über Sie gespeicherten Daten zu verlangen sowie bei Unrichtigkeit der Daten die Berichtigung oder bei unzulässiger Datenspeicherung, die Löschung bzw. die Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu fordern.

Die Kündigung der Mitgliedschaft kann nur zum Ende des Jahres erfolgen.

Die VKD-Satzung habe ich unter www.vkd-online.de/media/file/2461.VKD-Satzung.pdf gelesen und akzeptiert.

Die Hinweise zum Datenschutz unter www.vkd-online.de/datenschutz habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Die Aufnahme wird vorgeschlagen:

Die Aufnahme wird bestätigt:

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift der/des Landesvorsitzenden

Unterschrift des Präsidenten
bzw. i. A. der Geschäftsleitung