

Datenschutzerklärung für Vereinsmitglieder

Name: _____

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung

Ich bin damit einverstanden, dass FAEN e.V. folgende Daten gemäß der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) erhebt, speichert, nutzt und berechtigten Personen (z.B. Vorstand, Netzbüro) zur Verfügung stellt. Die Daten werden ausschließlich zu Vereinszwecken verwendet:

Name (Titel, Vor- und Nachname), Praxisadresse, Geburtsdatum, LANR, BSNR, Telefon- und Faxnummer, E-Mail-Adresse, Homepage, Fachgebiet und Schwerpunkt, Gemeinschaftspraxispartner, Angestellter Arzt wo und die Bankverbindung.

Die vorstehende Einwilligungserklärung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit widerrufen.

Änderungen meiner persönlichen Daten werde ich unverzüglich dem Vorstand des Vereins FAEN e.V. mitteilen.

Einwilligungserklärung für die Veröffentlichung von Mitgliederdaten im Internet

Der Vereinsvorstand weist hiermit darauf hin, dass ausreichende technische Maßnahmen zur Gewährleistung des Datenschutzes getroffen wurden. Dennoch kann bei einer Veröffentlichung von personenbezogenen Mitgliederdaten im Internet ein umfassender Datenschutz nicht garantiert werden. Daher nimmt das Vereinsmitglied die Risiken für eine eventuelle Persönlichkeitsrechtsverletzung zur Kenntnis und ist sich bewusst, dass:

- die personenbezogenen Daten auch in Staaten abrufbar sind, die keine der Bundesrepublik Deutschland vergleichbaren Datenschutzbestimmungen kennen,
- die Vertraulichkeit, die Integrität (Unverletzlichkeit), die Authentizität (Echtheit) und die Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten nicht garantiert ist.

Das Vereinsmitglied trifft die Entscheidung zur Veröffentlichung seiner Daten im Internet freiwillig und kann seine Einwilligung gegenüber dem Vereinsvorstand jederzeit widerrufen.

ERKLÄRUNG

Ich bestätige das Vorstehende zur Kenntnis genommen zu haben und willige ein, dass der Verein FAEN e.V. folgende Daten zu meiner Person wie angegeben auf der Internetseite des Vereins www.faen.de veröffentlichen darf.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Name (Titel, Vor- und Nachname) | <input type="checkbox"/> Fachrichtung |
| <input type="checkbox"/> Praxis – Anschrift | <input type="checkbox"/> Praxis – Telefonnummer |
| <input type="checkbox"/> E-Mail – Adresse | <input type="checkbox"/> Praxis – Homepage |
| <input type="checkbox"/> Alle genannten Punkte | |

Das Merkblatt zur Datenschutzerklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift