

## ANTWORT

Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte  
Axel-Springer-Str. 54b  
10117 Berlin

nur vom LV auszufüllen:  
Antrag ist angenommen  
Beitragssatz  
Abzeichnung durch LV: \_\_\_\_\_

## Ich beantrage die Aufnahme in den DZVhÄ

### im für mich zuständigen Landesverband des DZVhÄ (DZVhÄ Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.)

Sofern ich nichts Abweichendes wünsche, ist derjenige Landesverband des DZVhÄ zuständig, in dessen Bereich der auf diesem Antrag angegebene Praxis- bzw. Dienstsitz liegt. Wird ein privater Wohnsitz angegeben, richtet sich die regionale Zuständigkeit nach diesem.

#### als

- Mitglied**  
 **Schnuppermitglied** (geht nach Ablauf in eine reguläre Mitgliedschaft über)  
 **Student** (die bei Vorlage einer gültigen Studienbescheinigung für Studierende kostenfreie Mitgliedschaft geht nach Abschluss des Studiums in eine reguläre Mitgliedschaft über)

#### Meine Qualifikation

- Humanmediziner       Zahnmediziner       Tiermediziner       Apotheker

Eine Kopie meiner Approbationsurkunde füge ich diesem Aufnahmeantrag bei.

Facharzt-/Fachapothekerbezeichnung: \_\_\_\_\_

Zusatzbezeichnungen

- Homöopathie       Naturheilverfahren       andere: \_\_\_\_\_

Weiterbildungsermächtigung seit \_\_\_\_\_ für das Fach \_\_\_\_\_

#### Mein aktueller beruflicher Status

- Niederlassung als Vertragsarzt/Apotheker       Niederlassung als Privatarzt  
 angestellter Arzt/Apotheker bei \_\_\_\_\_       ohne Niederlassung oder Anstellung  
 Rentner (ohne eigene Praxistätigkeit)       \_\_\_\_\_

#### Name

\_\_\_\_\_  
(Anrede, Titel, Vorname, Nachname, Geb.datum)

#### Anschrift

\_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

#### Telefon, Fax, E-Mail

Die Kontaktangaben beziehen sich auf meinen  Praxis-/Dienstsitz       privaten Wohnsitz

Ich wurde auf den DZVhÄ aufmerksam durch \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich mit den Zielen und der Satzung des mich aufnehmenden Landesverbandes / des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte einverstanden und verpflichte mich zur regelmäßigen Zahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrages. Die Satzungen des DZVhÄ und aller seiner Landesverbände finde ich unter [www.dzvhae.de](http://www.dzvhae.de).

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Aufnahmeantrag

Seite 2

## Zusätzliche freiwillige Angaben

Die folgenden Angaben sind freiwillig. Es entstehen Ihnen keine Nachteile, wenn Sie eine oder mehrere dieser Angaben nicht machen. Für die Verarbeitung dieser zusätzlichen Angaben benötigen wir Ihr Einverständnis, das Sie uns bitte am Ende dieser Seite erteilen.

### Mein berufspolitisches Engagement

Derzeit bekleide ich ein Amt bzw. bin gewählter Vertreter bei einer Kassenärztlichen Vereinigung oder Ärztekammer.

Institution \_\_\_\_\_ Funktion \_\_\_\_\_

Ich bin aktives Mitglied in folgenden ärztlichen Fachverbänden: \_\_\_\_\_

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den mich aufnehmenden Landesverband des DZVhÄ, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von diesem Landesverband des DZVhÄ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Die Mandatsreferenz wird Ihnen zusammen mit der Bestätigung Ihrer Aufnahme mitgeteilt.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name)

DE \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_ | \_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

**X** \_\_\_\_\_  
Unterschrift (SEPA-Lastschrift)

### Eintragung im Arztverzeichnis

Wenn Sie im öffentlich zugänglichen Arztverzeichnis des DZVhÄ aufgeführt und auffindbar sein wollen, benötigen wir dafür Ihr Einverständnis. Die folgenden Daten werden im Falle Ihres Einverständnisses in die Arztsuche übernommen und bei Änderung automatisch aktualisiert: Name, Praxisanschrift, Praxis-Telefonnummer, Fachbezeichnung, Zusatzbezeichnung, Praxisstatus (Privat/Kasse).

Weitere Angaben, wie z. B. die Adresse Ihrer Praxis-Webseite und Ihre Öffnungszeiten können Sie selber in der Arztsuche eintragen.

Ja, ich wünsche die Veröffentlichung meiner oben aufgeführten Daten zum Zweck der Arztsuche auf den vom DZVhÄ e. V. betriebenen Webseiten oder sonstigen Medienverzeichnissen und willige in die damit verbundene Verarbeitung meiner Daten zu diesem Zweck ein.

Außerdem erkläre ich mich mit der Verarbeitung der oben freiwillig angegebenen Daten (soweit ausgefüllt: Berufspolitisches Engagement und SEPA-Lastschriftmandat) einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem DZVhÄ widerrufen kann, wobei die bis zum Eingang des Widerrufs auf Grundlage dieser Einwilligung erfolgte Verarbeitung rechtmäßig bleibt.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

**X** \_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Information zum Datenschutz

Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Ihr oben genannter Landesverband des DZVhÄ.

Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu weiteren Verantwortlichen finden Sie in der beiliegenden Datenschutzinformation. Die Adressen der Landesverbände und des DZVhÄ können Sie dem anhängenden Adressverzeichnis entnehmen.

## Mitgliederinformation zum Datenschutz

Sehr geehrtes Mitglied des von Ihnen gewählten Landesverbandes des DZVhÄ,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir Ihre Daten erheben, speichern, verarbeiten und weiterleiten. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in Bezug auf Ihre bei uns erfassten Daten und den Datenschutz haben.

### 1. Empfänger\*innen Ihrer Daten

Ihre Daten werden im Rahmen der Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft und der Nutzung von Angeboten des DZVhÄ von den Landesverbänden, dem Bundesverband sowie der Managementgesellschaft des DZVhÄ mbH genutzt und von ihnen in einer zentralen Mitglieder-datenbank verarbeitet. Die Verarbeitung und der Schutz Ihrer Daten ist zwischen diesen Organisationen entsprechend den Vorgaben der DSGVO vertraglich als gemeinsame Verantwortlichkeit (DSGVO Art. 26) und Auftragsverarbeitung (DSGVO Art. 28) geregelt. Während Ihre Stammdaten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Ausbildungsdaten, Praxisdaten u.a.m.) im Rahmen der Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft von allen zuvor genannten Organisationen verwendet werden (Gemeinsame Verantwortlichkeit), werden Ihre Zahlungsdaten (Beitragsstatus, Zahlungen, Kontoverbindung u.a.m.) nur von Ihrem Landesverband genutzt und auf Weisung Ihres Landesverbandes vom DZVhÄ im Auftrag verarbeitet.

### 2. Zweck und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt zur Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft in Ihrem Landesverband sowie zur Nutzung von Angeboten des DZVhÄ. Die Verarbeitung der Beitragszahlungsdaten durch Ihren Landesverband erfolgt zur Erfüllung Ihres Mitgliedschaftsverhältnisses (DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. b). Die etwaige Verarbeitung Ihrer Kontodaten erfolgt zum Einzug Ihrer Mitgliedsbeiträge und Veranstaltungs- und Kursgebühren aufgrund Ihrer Einwilligung (DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. a). Die Verarbeitung Ihrer Stammdaten im Rahmen der gemeinsamen Verantwortlichkeit durch den DZVhÄ und die Landesverbände des DZVhÄ erfolgt aufgrund des berechtigten Interesses Ihres Landesverbandes an einer effizienten und wirtschaftlichen Mitgliederverwaltung (DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. f). Die etwaige Verarbeitung von Informationen zu Ihrem berufspolitischen Engagement erfolgt, um bei entsprechend fachspezifischen Themen von besonderer Bedeutung mit ebenfalls betroffenen Akteuren rasch in einen gemeinsamen Austausch eintreten zu können. Grundlage dieser Verarbeitung ist Ihre Einwilligung (DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. a). Die Verarbeitung Ihrer Praxisdaten zum Zweck der optionalen Arztsuche erfolgt ebenfalls aufgrund Ihrer Einwilligung (DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. a).

### 3. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung sind der Landesverband, in dem Sie Mitglied sind, und für ihre Stammdaten im Rahmen der gemeinsamen Verantwortlichkeit auch die anderen Landesverbände des DZVhÄ, die Managementgesellschaft des DZVhÄ und der DZVhÄ selbst. Wir haben in einer Vereinbarung über die gemeinsame Verantwortlichkeit nach Artikel 26 DSGVO festgelegt, wie die jeweiligen Aufgaben und Zuständigkeiten bei der Verarbeitung personenbezogener Daten ausgestaltet sind und wie die datenschutzrechtlichen Verpflichtungen erfüllt werden. Der wesentliche Inhalt dieser Vereinbarung ist der Betrieb einer gemeinsamen Datenbank für Ihre Stammdaten durch den DZVhÄ, die von allen Landesverbänden, vom DZVhÄ und der Managementgesellschaft des DZVhÄ gemeinsam zur umfänglichen Betreuung Ihrer Mitgliedschaft genutzt wird.

Für die Datenverarbeitung im Rahmen der Arztsuche ist alleine der DZVhÄ verantwortlich.

Bei Fragen zur Datenverarbeitung oder bei der Wahrnehmung Ihrer Rechte wenden Sie sich bitte in erster Linie an Ihren Landesverband. Sie können sich aber auch an den DZVhÄ oder an eine andere der genannten Organisationen wenden. Die Adresse Ihres Landesverbandes und der anderen Organisationen finden Sie in der Adressliste im Anhang.

Den Datenschutzbeauftragten des DZVhÄ erreichen Sie unter:

Dipl.-Ing. Ulrich Meyer-Ciolek  
Schwalbenstr. 13, 22305 Hamburg  
Fax: (040) 671 07 621  
E-Mail: datenschutz@dzvhae.de

### 4. Speicherung Ihrer Daten

Die Verantwortlichen bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft notwendig und zur Erfüllung rechtlicher Aufbewahrungsfristen erforderlich ist.

## 5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Sie haben das Recht, der Verarbeitung bei Rechtsgrundlage nach DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit f (berechtigtes Interesse) zu widersprechen, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben. Sofern Sie von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen, werden wir die Verarbeitung Ihrer Daten einstellen, es sei denn, wir können - gemäß den gesetzlichen Vorgaben - zwingende schutzwürdige Gründe für die Weiterverarbeitung nachweisen, welche Ihre Rechte überwiegen.

Auch haben Sie das Recht, Ihre Einwilligung für die Veröffentlichung Ihrer Praxisdaten zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei einer der Aufsichtsbehörden für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Dies können Sie z. B. bei der für den DZVhÄ e.V. zuständigen Aufsichtsbehörde machen:

Landesbeauftragter für den Datenschutz Sachsen-Anhalt  
Herr Dr. von Bose  
Leiterstraße 9, 39104 Magdeburg  
Telefon (0391) 81803-0, Telefax (0391) 81803-33  
E-Mail: [poststelle@lfd.sachsen-anhalt.de](mailto:poststelle@lfd.sachsen-anhalt.de)  
Weitere Kontaktdaten finden Sie auf der Webseite <https://datenschutz.sachsen-anhalt.de>

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Ihr Landesverband des DZVhÄ

## Verbände und Organisationen des DZVhÄ

### **Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte e.V. (DZVhÄ)**

Axel-Springer-Str. 54b, 10117 Berlin  
[datenschutz@dzvhae.de](mailto:datenschutz@dzvhae.de)

### **Berufsverband homöopathischer Ärztinnen und Ärzte Baden-Württemberg e.V.**

Pfarrgasse 7, 88499 Altheim  
[datenschutz.bawue@dzvhae.de](mailto:datenschutz.bawue@dzvhae.de)

### **Berliner Verein homöopathischer Ärzte e.V.**

Nassauische Str. 2, 10717 Berlin  
[datenschutz.bb@dzvhae.de](mailto:datenschutz.bb@dzvhae.de)

### **DZVhÄ Landesverband Bayern e.V.**

Ringseisstr. 2a, 80337 München  
[datenschutz.by@dzvhae.de](mailto:datenschutz.by@dzvhae.de)

### **DZVhÄ Landesverband Hessen / Rheinland-Pfalz / Saarland e.V.**

Mariahilfstr. 27, 55411 Bingen  
[datenschutz.hrps@dzvhae.de](mailto:datenschutz.hrps@dzvhae.de)

### **DZVhÄ Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.**

Markt 25, 17489 Greifswald  
[datenschutz.mv@dzvhae.de](mailto:datenschutz.mv@dzvhae.de)

### **Berufsverband homöopathischer Ärzte Niedersachsen und Bremen e.V.**

Feuerbachstr. 6, 38106 Braunschweig  
[datenschutz.ndsb@dzvhae.de](mailto:datenschutz.ndsb@dzvhae.de)

### **Berufsverband homöopathischer Ärzte Nordrhein-Westfalen e.V.**

Honschaftsstr. 296, 51061 Köln  
[datenschutz.nrw@dzvhae.de](mailto:datenschutz.nrw@dzvhae.de)

### **Gesellschaft Homöopathischer Ärzte in Sachsen e.V.**

Kochstr. 50, 04275 Leipzig  
[datenschutz.sachsen@dzvhae.de](mailto:datenschutz.sachsen@dzvhae.de)

### **Gesellschaft homöopathischer Ärzte in Schleswig-Holstein und Hamburg e.V.**

Dankwartsgrube 58, 23552 Lübeck  
[datenschutz.shh@dzvhae.de](mailto:datenschutz.shh@dzvhae.de)

### **Berufsverband homöopathisch arbeitender Ärzte und Apotheker Thüringen e.V.**

Wilhelm-Külz-Str. 43, 99423 Weimar  
[datenschutz.th@dzvhae.de](mailto:datenschutz.th@dzvhae.de)

### **Managementgesellschaft des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte mbH**

Axel-Springer-Str. 54b, 10117 Berlin  
[datenschutz.mg@dzvhae.de](mailto:datenschutz.mg@dzvhae.de)