



Beitrittserklärung

Ich erkläre meinen Beitritt zur Österreichischen Gesellschaft für Apitherapie.

Name:
Adresse:
Telefon:
E-mail:

Bitte um kurze Angaben über Ihre Beziehung zur Apitherapie:

- Arzt/Ärztin (Fachgebiet:))
- Imker(in)
- sonstige Angaben:
-

Ich möchte gerne den Newsletter der ÖGA per E Mail erhalten

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Bitte überweisen Sie Ihren Jahresmitgliedsbeitrag in Höhe von € 30,- auf das
Konto Nr: 6810352 (BLZ: 34455)
bei der Raiffeisenbank REG. Schärding, Bankstelle Zell a.d. Pram
IBAN: AT35 3445 5000 0681 0352 BIC: RZOOAT2L455
Kennwort: Mitgliedsbeitrag 20__ (aktuelles Jahr)

und senden Sie die Beitrittserklärung an:
office@apitherapie.at
oder
Martina Brandstätter Walleiten 8 4725 St. Aegidi
Schriftführerin der ÖGA

Einwilligungserklärung nach der EU Datenschutz Grundverordnung (DSGVO)

I. Ich, Familienname:

Vorname:

akademischer Grad/Titel (freiwillig)

Adresse

e-Mailadresse:

bin einverstanden und stimme gemäß Art 6 DSGVO ausdrücklich zu, dass meine nachstehend genannten personenbezogenen Daten wiederkehrend von, nachstehendem Verein

Österreichische Gesellschaft für Apitherapie, A-1010 Wien, Georg Coch-Platz 3/11a;

1. im Sinne des Art 4 Ziffer 2 der DSGVO **verarbeitet** werden und zwar zum Zweck

1.1. der Umsetzung, Kontrolle und Evaluierung der mir aus den Vereinsstatuten bekannten Vereinszwecke und -ziele und der damit in Zusammenhang stehenden Mitgliederverwaltung einschließlich der Zustellung vereinsinterner Aussendungen

1.2. der Durchführung von Schulungs- und Fortbildungsveranstaltungen,

1.3. der Teilnahme an Förder- und Qualitätsprogrammen der genannten Vereine,

1.4. der statistischen, wissenschaftlichen oder historischen Dokumentation und

1.5. der Verwendung auf der vereinseigenen Webseite.

1.6. der Verwendung zum Versand von Newslettern.

2. dem jeweiligen, von der Österreichischen Gesellschaft für Apitherapie beauftragten Referenten, einschließlich der damit jeweils beauftragten Subunternehmen, als Auftragsverarbeiter überlassen und **verarbeitet** werden, und zwar zum Zweck der Organisation und Durchführung von Schulungen;

II. Folgende meiner Daten dürfen dabei jeweils verarbeitet bzw. überlassen werde:

Familienname, Vorname, Akad. Grad (freiwillige Angabe), Titel (freiwillige Angabe), Postleitzahl und Ort, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Datum des Vereinseintritts, Funktion im Verein und deren Dauer.

III. Widerrufsrecht nach Art 7 DSGVO:

Diese Zustimmung kann ich jederzeit ohne Begründung widerrufen. Der Widerruf kann mündlich, schriftlich per E-Mail (Adresse: office@apitherapie.at) oder per Post an den Obmann/Obfrau des jeweiligen Vereins laut der im Widerrufszeitpunkt aktuellen ZVR-Daten erfolgen. Ein Widerruf bewirkt die Unzulässigkeit der weiteren Verwendung der Daten. Ich nehme zur Kenntnis, dass ein Widerruf zu einer Beendigung meiner Mitgliedschaft führen kann.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Korrektheit aller von mir gemachten Angaben, dass ich den Inhalt dieser Einwilligungserklärung gelesen und verstanden habe und dass ich vor Unterfertigung ein Beiblatt mit Definitionen zu allen oben angeführten Begriffen erhalten habe.

.....

Ort, Datum Unterschrift

Beiblatt zur Einwilligungserklärung

„**DSGVO**“: Kurzbezeichnung für EU-Datenschutz Grundverordnung (Verordnung [EU] 2016/679 vom 27. April 2016).

„**Kind**“: ist, wer das vierzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat (§ 4 Abs. 4 DSG).

„**Obsorgeberechtigte**“: die Person, welcher im Zeitpunkt der Abgabe der Erklärung die alleinige oder (unbeschränkte) Mitobsorge über das Kind auf Grund des Gesetzes oder gerichtlicher Anordnung zukommt.

„**ZVR**“: die im zentralen Vereinsregister dem jeweiligen Verein zugeordnete Nummer.

„**personenbezogene Daten**“: alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person (im Folgenden „betroffene Person“) beziehen; als identifizierbar wird eine natürliche Person angesehen, die direkt oder indirekt, insbesondere mittels Zuordnung zu einer Kennung wie einem Namen, zu einer Kennnummer, zu Standortdaten, zu einer Online-Kennung oder zu einem oder mehreren besonderen Merkmalen, die Ausdruck der physischen, physiologischen, genetischen, psychischen, wirtschaftlichen, kulturellen oder sozialen Identität dieser natürlichen Person sind, identifiziert werden kann.

„**Verarbeitung**“: darunter versteht man nach **Art 4 Ziffer 2 DSGVO** „jeden mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren ausgeführten Vorgang oder jede solche Vorgangsreihe im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten wie das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, Verbreitung oder eine andere Form der Bereitstellung, den Abgleich oder die Verknüpfung, die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung.“

„**Verantwortlicher**“: die natürliche oder juristische Person, Behörde, Einrichtung oder andere Stelle, die allein oder gemeinsam mit anderen über die Zwecke und Mittel der Verarbeitung von personenbezogenen Daten entscheidet.

„**Auftragsverarbeiter**“: ist nach Art 4 Ziffer 8 DSGVO „eine natürliche oder juristische Person, Behörde, Einrichtung oder andere Stelle, die personenbezogene Daten im Auftrag des Verantwortlichen verarbeitet“.

„**Familienmitgliedschaft**“: Vor- und Zuname eines im selben Haushalt lebenden Vereinsmitglieds.

„**Widerrufsrecht**“: das Recht, die erteilte Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit wieder zurückziehen zu dürfen.

**SEPA-Lastschrift-Mandat**

Mandatsreferenz:

ZAHLUNGSEMPFÄNGER

Creditor-ID: AT23ZZZ00000069362

Name: Österreichische Gesellschaft für Apitherapie (ÖGA)

Anschrift: Georg Coch-Platz 3/11a, 1010 Wien

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen die Österr. Gesellschaft für Apitherapie (ÖGA), Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die Österreichische Gesellschaft für Apitherapie (ÖGA) mein/unser Konto gezogenen SEPA Lastschrifteneinzulösen.

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.

Zahlungsart: wiederkehrend**ZAHLUNGSPFLICHTIGER**

Name: _____

Anschrift: _____

IBAN: _____

BICC: _____

Mitglied-Nr. _____

Ort, Datum, Unterschrift