



## AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Aufnahme im Bundesverband Patientensicherheitsbeauftragter Deutschlands e.V.

(\* sind Pflichtfelder)

bitte die Auswahl ankreuzen X

Aktive Mitgliedschaft	
Senior-Mitgliedschaft	
Fördermitgliedschaft (natürliche Person)	
<b>Persönliche Daten</b>	
Anrede (Frau/ Herr / Divers) *	
Titel	
Nachname*	
Vorname*	
Straße, Haus Nr*	
PLZ*	
Ort*	
Kontakt Email*	
Geburtsdatum*	
Telefon privat	
WhatsApp Nummer	
<b>Dienstliche Daten / Anschrift</b>	
Einrichtung / Institution*	
Abteilung*	
Position / Aufgabe *	
Telefon dienstlich	
Straße, Haus Nr*	
PLZ*	
Ort*	
<b>Beruflicher Werdegang</b>	
Beruf / Ausbildung*	
seit wann tätig*	
<b>ZUSATZQUALIFIKATIONEN</b>	
<b>Welche Nachweis Teilnahme Bescheinigung / Zertifikat liegt vor?</b>	
Bitte als Anlage eine Kopie des Nachweises senden	
QM	
RM	
Beschwerde-M	
Patientensicherheit	
Prozess-M/ Andere	



Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden? *		JA / NEIN
1. Ich willige ein, dass meine Kontakt E-Mail-Adresse (ggf. Postadresse) für die vereinsinterne Kommunikation benutzt wird. Die vereinsinterne Kommunikation erfolgt soweit möglich elektronisch, in Ausnahmefälle werden die Informationen postalisch gesendet*		
2. Ich willige ein, dass meine Daten (Name, Vorname, Einrichtung, Position, Mailadresse) im geschützten Mitgliederbereich der BPSD-Webseite im Mitgliederverzeichnis eingetragen werden*		
3. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in der Teilnehmerliste des BPSD eingetragen werden*		
4. Ich bin damit einverstanden, dass ich im Newsletter mit meinem Namen und meiner Funktion, als neues Mitglied des Vereines vorgestellt werde*		
<b>Ich willige ein die Nutzung von Bild-, Video- oder Tondokumenten für die Veröffentlichung:</b>		
5. im Internet und Intranet des BPSD sowie in BPSD Publikationen*		
6. für die Social-Media-Auftritte auf Instagram und Facebook des BPSD*		
7. für Print-, Online-Kampagnen und Presseinformationen des BPSD*		
8. an Dritte (z.B. Medienunternehmen); z.B. in Form von Presseinformationen für die weltweite Nutzung*		
<b>Die Zahlung des Mitgliedsbeitrags erfolgt per:</b>		
<b>(bitte ankreuzen X)</b>		
SEPA-Lastschrift (bitte Sepa-Formular ausfüllen)		
Überweisung nach Rechnungslegung (falls JA bitte Adresse eingeben, s. u.)		
	Private Adresse	
	Dienstliche Adresse	
<b>Falls die Rechnungsadresse abweichend ist, bitte unten ausfüllen:</b>		
Einrichtung / Institution		
Abteilung		
andere Information/ Kostenstelle		
Anrede		
Titel		
Nachname		
Vorname		
Straße, Haus Nr		
PLZ		
Ort		
<b>Ihre Hinweise an den BPSD</b>		



**Einverständniserklärung zur zweckgebundenen Datenspeicherung und Datennutzung**

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft bei des BPSD i.G. unter Berücksichtigung der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes BDSG gemäß § 1 Abs. 2 Nr. 3 BDSG vom Verein erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Ohne dieses Einverständnis kann eine Mitgliedschaft nicht begründet werden. Die überlassenen personenbezogenen Daten dürfen und werden ausschließlich für Vereinszwecke bzw. zur Erfüllung der Vereinsziele genutzt, verarbeitet bzw. verwendet werden. Hierzu zählen insbesondere die Mitgliederverwaltung, Ankündigungen zu Mitgliederversammlungen und anderen Veranstaltungen bzw. zu Ihrer Betreuung im Rahmen der Mitgliedschaft. Zudem im Rahmen der Vereinsverwaltung sind die Kooperationspartner des BPSD i.G. eingeschlossen.

Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten so lange, wie es für die Umsetzung Ihrer Mitgliedschaft in der BPSD unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen erforderlich ist. Teilweise werden Ihre Daten unmittelbar nach Ende der Mitgliedschaft gelöscht (z.B. Bankverbindung,) teilweise für 10 Jahre aufbewahrt (z.B. Mitgliedsrechnungen). Den für Archivzwecke erforderlichen Kernbestand der Mitgliedsdaten speichern wir auch über das Ende Ihrer Mitgliedschaft hinaus. Sie können jederzeit nach Maßgabe des Art. 15 DSGVO Auskunft von uns über die zu Ihrer Person gespeicherten personenbezogenen Daten verlangen. Ihnen stehen darüber hinaus weitere Rechte der betroffenen Person, insbesondere das Recht auf Berichtigung, Löschung (Recht auf Vergessenwerden), Sperrung (Einschränkung der Datenverarbeitung), Widerspruch und Datenübertragbarkeit, entsprechend den Vorgaben in Art. 12 - 23 DSGVO zu.

Soweit Sie eine E-Mail-Adresse angegeben haben, wird die vereinsinterne Kommunikation soweit möglich, elektronisch erfolgen.

Die Verwendung Ihrer freiwilligen Angaben können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der BPSD unter [www. BPSD.eu](http://www.BPSD.eu) (kontakt) oder in Schriftform an die o. g. Postadresse der BPSD widerrufen.

Ort	Datum	Unterschrift

**Für die Mitgliedschaft gelten die Satzung und die Ordnungen des Vereins, sowie die Lizenzvereinbarung zur Nutzung des BPSD-Logos.**

Bitte senden Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag per E-Mail, an den Bundesverband Patientensicherheitsbeauftragter Deutschlands e. V, [info@bps-deutschland.de](mailto:info@bps-deutschland.de)

Ort	Datum	Unterschrift

**Von BPS-D auszufüllen:**

Name Bearbeiter:	
Bearbeitungsstatus (offen, i. B., erl.):	
Eingangsdatum	
Datum genehmigt (Mitgliedschaftsdatum)	
Mitgliedschaftsnummer	
Referenzmandat	
Abgeschlossen am	