

Fachvereinigung Krankenhaustechnik e. V.  
**Aufnahmeantrag / Neuzugang**



Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Fachvereinigung Krankenhaustechnik (FKT) e. V. zum nächstmöglichen Zeitpunkt

**Antragsteller**

Anrede/Titel \_\_\_\_\_

Geb. am \_\_\_\_\_

Zuname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

**Rechnungsadresse**

Firma/Name \_\_\_\_\_

Straße/PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/E-Mail \_\_\_\_\_

**Postadresse**

Vor.- u. Zuname \_\_\_\_\_

Straße/PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/E-Mail \_\_\_\_\_

Berufsfachgruppe/Dienststellung:

- Betriebs-Technik       Sicherheitstechnik       Medizintechnik       Biomedizin  
 Umwelt / Hygiene       Technischer Leiter       Sonstiges

**Mitgliedsart:**

(Bitte zutreffende Mitgliedsart ankreuzen)

- |   |        |        |
|---|--------|--------|
| <input type="checkbox"/> <b>Ordentliches Mitglied</b><br>(Leitende Mitarbeiter aus technischen Abteilungen in Krankenhäusern und gleichartigen Einrichtungen)                             | €/Jahr | 120,00 |
| <b>im Ruhestand</b>   | €/Jahr | 53,00  |
| <b>Doppelmitgliedschaft</b> <input type="checkbox"/> FBMT <input type="checkbox"/> WGKT   | €/Jahr | 93,00  |
| <input type="checkbox"/> <b>Außerordentliches Mitglied</b><br>(Natürliche Personen von Behörden, Verbänden, Vereinen)   | €/Jahr | 60,00  |
| <input type="checkbox"/> <b>Studenten</b><br>(Immatrikulationsbescheinigung beilegen)   | €/Jahr | 0,00   |
| <input type="checkbox"/> <b>Förderndes Mitglied</b><br>(Nat. Pers. u. jur. Pers. die jedoch durch eine nat. Pers. vertreten sein müssen, die den Berufsstand der Fachvereinigung fördern) | €/Jahr | 400,00 |
| <b>Bei Sammelmitgliedschaft bis 8 Mitglieder jeweils</b>  | €/Jahr | 200,00 |
| <b>Bei Sammelmitgliedschaft ab 9 Mitglieder jeweils</b>   | €/Jahr | 160,00 |

**Aufnahmegebühr**

**(bei Sammelmitgliedschaften einmalig)**      €/Jahr      50,00

- Antrag auf Sammelmitgliedschaft:

Folgende FKT-Mitglieder sind ebenfalls bei meinem Arbeitgeber/Firma angestellt:

\_\_\_\_\_

Mein Beitritt erfolgt auf Empfehlung von \_\_\_\_\_ (Vor- und Zuname, Mitgliedsnummer)

Für die Aufnahme einer Mitgliedschaft ist die Kenntnisnahme des Datenschutzes (nächste Seite) notwendig.

\_\_\_\_\_  
Datum, (Unterschrift Neumitglied)

\_\_\_\_\_  
(Name in Blockbuchstaben)

**Anschrift:**  
Geschäftsstelle  
Hermann-Löns-Str. 31  
53919 Weilerswist  
Germany

**Kontakt:**  
Telefon +49 2254 8347 880  
Telefax +49 2254 8347 888  
[www.fkt.de](http://www.fkt.de)  
E-Mail: [fkt@fkt.de](mailto:fkt@fkt.de)

**Antrag an**  
[buchhaltung@fkt.de](mailto:buchhaltung@fkt.de) senden

BITTE ZURÜCKSENDEN AN : [buchhaltung@fkt.de](mailto:buchhaltung@fkt.de)

FACHVEREINIGUNG KRANKENHAUSTECHNIK e. V.  
Hermann-Löns-Str. 31  
53919 Weilerswist

### Zahlungsart

- Zahlung nach Rechnungseingang auf das angegebene Konto
- Lastschriftverfahren (um per SEPA-Verfahren Lastschriften einziehen zu können, erhalten Sie ein Mandat, dass von Ihnen geprüft, unterschrieben und zurückgesendet wird.)

### Versandart

- per Post
- per E-Mail (E-Mail Adresse) \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Bankinstitut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, (Unterschrift Lastschrift)

Für die Aufnahme einer Mitgliedschaft ist die Kenntnisnahme des Datenschutzes notwendig.

### Hinweise zum Datenschutz

I) Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten (Titel, Vor- und Nachname, Arbeitgeberadresse mit Namen, Straße, PLZ und Ort) sowie falls angegeben die private Anschrift mit E-Mail Adresse an den für mich **zuständigen Regionalgruppenleiter** weitergeleitet werden.

ja

nein

II) Ich bin damit einverstanden, dass mein Eintritt in die FKT mit Name, PLZ und Einrichtung in den Mitgliedernachrichten veröffentlicht wird.

ja

nein

III) Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten (Titel, Vor- und Nachname, Arbeitgeber-Adresse mit Namen, Straße, PLZ und Ort) sowie falls angegeben die private Anschrift mit E-Mail Adresse an Fördernde Mitglieder und während Kongressen & Messen an die Teilnehmer der Veranstaltung oder Aussteller weitergeleitet werden.

ja

nein

\_\_\_\_\_  
Datum, (Unterschrift Neumitglied)

### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich ein, dass die Fachvereinigung Krankenhaustechnik e. V. (FKT), Hermann-Löns-Str. 3, 53919 Weilerswist, Deutschland meinen Titel, Namen, Geburtsdatum, Postanschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Faxnummer, Berufsfachgruppe/Dienststellung, Arbeitgeber mit Anschrift, Art meiner Mitgliedschaft, Kontoverbindung (IBAN) zum Zwecke der Verwaltung der Mitgliedschaft einschließlich der Zusendung von Informationsmaterial oder des FKT-Newsletters erhebt, nutzt und verarbeitet und zu diesem Zweck an einen externen Dienstleister (Auftragsverarbeiter) übermittelt.

JA  NEIN

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir erhobenen Daten sowie Fotografien oder Videoaufnahmen in den Mitgliedernachrichten oder auf der Homepage der FKT unter [www.fkt.de](http://www.fkt.de) zum Zwecke der Berichterstattung veröffentlicht werden.

JA  NEIN

Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass die von mir erhobenen Daten an andere Fördermitglieder und während Kongressen oder Messen auch an die jeweiligen Teilnehmer oder Aussteller übermittelt werden.

JA  NEIN

Ebenso bin ich mit der Zusendung eines FKT-Newsletters sowie von Informationsmaterial über Veranstaltungen der FKT oder Dritter einverstanden.

JA  NEIN

Meine im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen personenbezogenen Daten werden unter Beachtung der Datenschutz Grundverordnung (DS-GVO) erhoben, verarbeitet, genutzt, übermittelt. Nach Beendigung meiner Mitgliedschaft werden die erhobenen Daten wieder gelöscht.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Ich habe jederzeit das Recht, Auskunft darüber zu verlangen, welche personenbezogenen Daten von mir gespeichert werden und ggf. deren Korrektur, Löschung oder Sperrung zu verlangen. Hierfür steht als verantwortlicher Ansprechpartner ... (bitte Namen eintragen) ... zur Verfügung.

Erfolgt die Verarbeitung meiner Daten rechtswidrig, so kann ich mich hierüber bei der zuständigen Aufsichtsbehörde beschweren.

Mein Einverständnis kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Meine Widerrufserklärung werde ich richten an: Fachvereinigung Krankenhaustechnik e. V., Hermann-Löns-Str. 3, 53919 Weilerswist, Deutschland.

Datum, Unterschrift