

# Antrag auf Mitgliedschaft im Verein Kompetenznetz Vorhofflimmern e.V. (AFNET)



Das Kompetenznetz Vorhofflimmern (AFNET) hat im Jahr 2010 einen Verein gegründet, in dem sich bisherige und neue Mitglieder des AFNET organisieren. Damit wurde die Basis geschaffen, dass das AFNET seine Arbeit nach dem Auslaufen der öffentlichen Förderung erfolgreich fortsetzen kann. Ziel des Vereins ist die Schaffung eines wissenschaftlichen und klinischen Mehrwertes für die Betreuung von Patienten mit der Herzrhythmusstörung Vorhofflimmern und angrenzenden kardiovaskulären Themen im Hinblick auf Grundlagenforschung, Früherkennung, Diagnostik, Therapie, Nachsorge und Dokumentation durch Vernetzung von Forschungsinfrastrukturen sowie klinischen Behandlungsstrukturen.

Laut Satzung ist eine Mitgliedschaft möglich für	Mitgliedsbeitrag pro Jahr
Wissenschaftler oder andere Personen, die aufgrund ihrer beruflichen oder persönlichen Fähigkeiten im Bereich Vorhofflimmern den Zweck des Vereins fördern können. (persönliche Mitglieder)	40 Euro
Arztpraxen	100 Euro
Kliniken und andere Institutionen	500 Euro
Firmen (Fördermitglieder)	1000 Euro

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Verein Kompetenznetz Vorhofflimmern e.V. (AFNET) als

- persönliches Mitglied**
- Arztpraxis**
- Klinik**
- Sonstige Institution**
- Fördermitglied**

Die im Aufnahmeantrag angegebenen und mit „\*“ gekennzeichneten personenbezogenen Pflichtangaben, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, die allein zum Zwecke der Mitgliederverwaltung des Vereins notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben (Art. 6 Abs. 1 lit. f Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)).

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt **freiwillig** erteilen. Die freiwillig erteilten Angaben dienen dazu, Aktivitäten im Sinne des Vereinszwecks zu erleichtern.

**\* Pflichtangaben**

* Name	
* Vorname	
Titel (* falls kein persönliches Mitglied)	

Institution (* falls kein persönliches Mitglied)	
* Straße Nr.	
* Postleitzahl	
* Ort	
* Land	
Telefon (falls kein persönliches Mitglied)	
Fax (falls kein persönliches Mitglied)	
* E-Mail	
Fachgebiet	
Internet	
Bemerkungen	

Falls Sie die Mitgliedschaft einer **Praxis** oder **Klinik** beantragen, bieten wir Ihnen an, nähere Informationen zu Ihrem Leistungsangebot auf unserer Website zu veröffentlichen. Falls Sie dieses Angebot annehmen möchten und auf **freiwilliger Basis** Angaben zu Ihrem Leistungsangebot machen möchten **und mit der Veröffentlichung dieser Daten auf der AFNET-Website einverstanden sind**, kreuzen Sie bitte die zutreffende Leistung an.

- |  |                          |  |
|--|--------------------------|--|
| <b>Organisation:</b>   | <input type="checkbox"/> | Event-Recording                                  |
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizinische Praxis        | <input type="checkbox"/> | Echokardiographie                                |
| <input type="checkbox"/> Internistische Praxis               | <input type="checkbox"/> | Transösophageale Echokardiographie (Schluckecho) |
| <input type="checkbox"/> Kardiologische Praxis               | <input type="checkbox"/> | Cardio-MRT                                       |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Arztpraxis                 | <input type="checkbox"/> | Cardio-MSCT                                      |
| <input type="checkbox"/> Kardiologische Klinik               | <input type="checkbox"/> | Elektrische Kardioversion                        |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Klinik                     | <input type="checkbox"/> | Herzkatheteruntersuchung (Coronarographie, etc.) |
| <b>Leistungsspektrum:</b>                                    | <input type="checkbox"/> | Katheterablation von Vorhofflimmern              |
| <input type="checkbox"/> Standard-EKG                        | <input type="checkbox"/> | Chirurgische Ablation von Vorhofflimmern         |
| <input type="checkbox"/> Belastungs-EKG                      | <input type="checkbox"/> | Kontrolle und Programmierung von Schrittmachern  |
| <input type="checkbox"/> 24-Stunden-Langzeit-EKG             | <input type="checkbox"/> | Sonstiges:                                       |
| <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG, länger als 24 Stunden |                          |  |



Weiterhin bieten wir Ihnen an, vereinsrelevante Newsletter, Informationen, Einladungen u.ä. zuzusenden. Ich erkläre hiermit, dass ich mit der Zusendung derartiger Informationen

- einverstanden bin.
- nicht einverstanden bin.

**Kurze Darstellung der Motivation, dem Kompetenznetz Vorhofflimmern e.V. beizutreten:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an.**

**Die umseitig abgedruckten Informationspflichten gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.**

**Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Angaben durch den Verein zu Vereinszwecken genutzt und hierfür auch an andere Mitglieder des Vereins (z.B. zum Erfahrungsaustausch) weitergegeben werden dürfen.**

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie dieses Formular entweder per Post an:  
**Kompetenznetz Vorhofflimmern e. V.**  
Mendelstraße 11  
48149 Münster

oder per Fax an 0251-980-1349



### **Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht**

Sie sind gemäß Artikel 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber dem Verein Kompetenznetz Vorhofflimmern e.V. um umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß Artikel 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber dem Kompetenznetz Vorhofflimmern e.V. die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

### **Verantwortliche Stelle**

Die verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist:

Kompetenznetz Vorhofflimmern e.V. (alias: AFNET)  
Mendelstraße 11  
48149 Münster  
Tel.: 0251 9801330  
Fax: 0251 9801349  
[info@kompetenznetz-vorhofflimmern.de](mailto:info@kompetenznetz-vorhofflimmern.de)

### **Datenschutzbeauftragter ist:**

Jochen Lutz  
Lerchenauer Str. 277  
80995 München  
Tel: +49 170 1894772  
[datenschutz.afnet@lspost.de](mailto:datenschutz.afnet@lspost.de)

### **Recht auf Beschwerde**

Des Weiteren steht Ihnen ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu. Die zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen

Helga Block  
Kavalleriestraße 2-4  
40213 Düsseldorf

Telefon: 02 11/384 24-0  
Telefax: 02 11/384 24-10

E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)  
Homepage: <http://www.ldi.nrw.de>