

Anrede: Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/>	Vorname: _____	Nachname _____
Geb.-Datum: _____	Geburtsname: _____	
Straße: _____		PLZ und Ort: _____
Tel. privat _____ (mit Vorwahl)	Tel. geschäftl. _____ (mit Vorwahl)	
E-Mail: _____		

**Angaben zum Berufsstatus:**

Angestellt in Praxis <input type="checkbox"/>	Angestellt in Klinik <input type="checkbox"/>	Angestellt <input type="checkbox"/>	Geringfügig Angestellt <input type="checkbox"/> (Bescheinigung beilegen)
nicht berufstätig <input type="checkbox"/>	Eigene Praxis <input type="checkbox"/>	Freier Mitarbeiter <input type="checkbox"/>	Studierend <input type="checkbox"/> (Immatrikulationsbescheinigung beilegen)

Staatl. Anerkennung erteilt am \_\_\_\_\_  
(Kopie beilegen)

**Praxisinhaber füllen bitte zusätzlich aus:**

Kassenzulassung  seit: \_\_\_\_\_ Privatpraxis  seit: \_\_\_\_\_  
(Zulassung RVO und vdek bzw. ARGE in Kopie beilegen)

**Praxisanschrift:**

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Tel. geschäftlich (mit Vorwahl) \_\_\_\_\_ Fax geschäftlich (mit Vorwahl) \_\_\_\_\_

E-Mail geschäftlich \_\_\_\_\_

Ich bin mit der Weitergabe meiner Praxisdaten für einen Eintrag im Internet (Therapeutensuche), mit dem Eintrag meiner Praxis in das Praxisverzeichnis (Papierform und online) und mit der Weitergabe meiner Praxisdaten im Fall einer Patientenanfrage an den Berufsverband einverstanden. **ja**  **nein**

**Ich möchte das 9-Euro-Ticket für folgende Monate nutzen und treten für den unten ausgewählten Zeitraum dem Berufsverband bei:**

Februar 2023  März 2023  April 2023

**Zahlungsweise: 9 Euro pro ausgewählten Monat / auf Rechnung.**

**Meine Mitgliedschaft endet nach dem ausgewählten Zeitraum automatisch.**

**Wichtige Hinweise:**  
Seit 28.05.2018 ist die sogenannte EU-Datenschutzgrundverordnung in Kraft getreten. Wir informieren Sie in diesem Zusammenhang und auf Basis dieser gesetzlichen Verpflichtung, dass wir von Ihnen als Mitglied personenbezogene Daten erheben und speichern. Der Verantwortliche in unserem Verband im Sinne von Art. 13 Datenschutzgrundverordnung ist der Vorstand unseres Berufsverbandes, Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK), Landesverband Bayern e. V., Leibstr. 24, 85540 Haar. Ihre personenbezogenen Daten werden im Rahmen unserer Aufgaben im Zusammenhang mit Ihrer Mitgliedschaft in unserem Berufsverband erhoben und verarbeitet.

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