



**Vorsitzender**  
**ZA Matthias Borkmann**

Korrespondenzadresse  
Borkener Straße 68  
48653 Coesfeld  
Tel. 02541 84 58 0  
Fax 02541 84 58 20  
Email [borkmann@zahnaerzte-coesfeld.de](mailto:borkmann@zahnaerzte-coesfeld.de)

**Vorstand**

Stellvertretende Vorsitzende  
Dr. Sinje Trippe-Frey  
Schriftführer  
ZA Peter Bieker  
Kassenwart  
Dr. Jan-Bernd Hoffmann  
kooptiert / Moderator Qualitätszirkel  
Dr. Frank Potthast

## **Einwilligung in die Datenverarbeitung einschließlich der Veröffentlichung von Personenbildern im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft im Verein nach Art. 7 DSGVO**

Die folgenden Angaben sind für die Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses erforderlich:

**Geschlecht, Vorname, Nachname, Privatanschrift, Praxisanschrift, Geburtsdatum, Emailadresse**

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

Ich bin damit einverstanden, dass **meine Kontaktdaten (Vorname, Name, Praxisanschrift, Email)** zu Vereinszwecken durch den Verein genutzt und hierfür auch an andere Mitglieder des Vereins (z.B. zur Kontaktaufnahme) weitergegeben werden dürfen.

**Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorbenannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.**

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

\_\_\_\_\_  
Mitglied in Druckbuchstaben

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## **Einwilligung in die Veröffentlichung von Personenbildnissen**

Ich willige ein, dass Fotos und Videos von meiner Person bei Veranstaltungen des Vereins in folgenden Medien veröffentlicht werden dürfen:

- Homepage des Vereins
- Facebook-Seite des Vereins
- regionale Presseerzeugnisse (z.B. Allgemeine Zeitung)

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Fotos und Videos mit meiner Person bei der Veröffentlichung im Internet oder in sozialen Netzwerken weltweit abrufbar sind. Eine Weiterverwendung und/oder Veränderung durch Dritte kann hierbei nicht ausgeschlossen werden. Soweit die Einwilligung nicht widerrufen wird, gilt sie zeitlich unbeschränkt. Die Einwilligung kann mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf der Einwilligung muss in Textform (Brief oder per Mail) gegenüber dem Verein erfolgen.



**Vorsitzender**  
**ZA Matthias Borkmann**

---

Korrespondenzadresse  
Borkener Straße 68  
48653 Coesfeld  
Tel. 02541 84 58 0  
Fax 02541 84 58 20  
Email [borkmann@zahnaerzte-coesfeld.de](mailto:borkmann@zahnaerzte-coesfeld.de)

**Vorstand**

---

Stellvertretende Vorsitzende  
Dr. Sinje Trippe-Frey  
Schriftführer  
ZA Peter Bieker  
Kassenwart  
Dr. Jan-Bernd Hoffmann  
kooptiert / Moderator Qualitätszirkel  
Dr. Frank Potthast

Eine vollständige Löschung der veröffentlichten Fotos und Videoaufzeichnungen im Internet kann durch den Zahnärzterring Coesfeld - Baumberge e.V. nicht sichergestellt werden, da z.B. andere Internetseiten die Fotos und Videos kopiert oder verändert haben könnten. Der Zahnärzterring Coesfeld - Baumberge e.V. kann nicht haftbar gemacht werden für Art und Form der Nutzung durch Dritte wie z. B. für das Herunterladen von Fotos und Videos und deren anschließender Nutzung und Veränderung.

Ich wurde ferner darauf hingewiesen, dass trotz meines Widerrufs Fotos und Videos von meiner Person im Rahmen der Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen des Vereins gefertigt und im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit veröffentlicht werden dürfen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Stempel

**Der Widerruf ist zu richten an:**

Zahnärzterring Coesfeld – Baumberge e.V., Borkener Straße 68, 48653 Coesfeld,  
[datenschutz@zahnaerzte-coesfeld.de](mailto:datenschutz@zahnaerzte-coesfeld.de)