Beitrittserklärung

Bitte ausfüllen, **unterschreiben** und an uns schicken oder faxen:

Marburger Bund, Bavariaring 42, 80336 München, Fax: 089/45 20 50 110

Titel und Name: _____

Vorname: _____ **Nur für Studenten - Heimatanschrift:**

Straße/ Haus-Nr.: _____ _____

Postleitzahl/ Ort: _____ _____

Telefon(dienstl./ priv.): _____ _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Approbationsdatum: _____
(evtl. vorauss.)

Unser Newsletter: „MBZ-Woche“
Als Mitglied haben Sie die Möglichkeit unseren wöchentlichen E-Mail Newsletter zu erhalten. Sie erfahren daraus Neuigkeiten aus Ihrem Marburger Bund und erhalten aktuelle Informationen, die für Sie am Arbeitsplatz interessant und wichtig sind – in aller Kürze!
Hinweis: Natürlich könne Sie den Newsletter jederzeit wieder abbestellen.

Ich möchte den kostenlosen Newsletter erhalten: ☐ ja ☐ nein
Hinweis: Für den Versand benötigen wir Ihre E-Mail-Adresse (s.o.)!

Fachsemester(bei Studenten): ☐☐

Studienbeginn (Mon./Jahr): _____

Ass.-Arzt(Mon./Jahr):
[Beginn der Tätigkeit] _____

Tätig als (bitte ankreuzen): ☐ PJ ☐ Ass.-Arzt ☐ Oberarzt
☐ Chefarzt ☐ niedergel. Arzt ☐ .....(sonst. Berufsgruppe/ in einer Ärzten vergleichb. Stellung)

Fachrichtung: _____

Besteht Mitgliedschaft im Hartmannbund: ☐ ja ☐ nein

Wegen der Zuordnung zum entsprechenden Landesverband bitte unbedingt angeben:

Name u. Anschrift des Arbeitgebers: _____
bzw.
Universität: _____
(bei Studenten)
_____

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Marburger Bund.
Die Mitgliedschaft soll in dem jeweils für meinen Tätigkeitsort zuständigen Landesverband bestehen.
Ich bin damit einverstanden, dass die Daten elektronisch gespeichert und (ausschließlich) für Verbandszwecke verwendet werden können.

_____
Datum/ Unterschrift

Die Beiträge sollen bis auf Widerruf einmal jährlich eingezogen werden.

Kontonummer: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Bankleitzahl: ☐☐☐☐☐☐☐☐

Name, Anschrift des Kreditinstitutes: _____

_____

_____
Unterschrift des Kontoinhabers