

Beitrittserklärung

Titel und Vorname:

Name:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Ort:

Telefon/Telefax:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Nationalität:

Approbationsdatum (evtl. vorauss.):

Annerkennung als Facharzt für:

bzw. in Weiterbildung zum
zum Facharzt für:

Fachsemester (bei Stud.):

Tätig als
(bitte ankreuzen)

- Student MPJ Wiss.Ass. Arzt in Weiterbildung
 Facharzt Oberarzt stellv. Chefarzt Chefarzt
 niedergel. Arzt Teilzeitbeschäftigung

Wegen der Zuordnung zum entsprechenden Landesverband bitte unbedingt angeben:

Name u. Anschrift des Arbeitgebers (bei angestellten und beamteten Ärzten):

Universität (bei Studenten):

Bundesland:

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 für Verbandszwecke verwendet werden können.

Datum/Unterschrift

Die Beiträge sollen bis auf Widerruf einmal jährlich eingezogen werden.

Konto Nr.:

BLZ:

Name, Anschrift des Kreditinstituts:

Unterschrift des Kontoinhabers: