

**Marburger Bund**  
**Landesverband Sachsen**  
**Werdauer Str. 1 - 3**  
**01069 Dresden**



## BEITRITTSERKLÄRUNG

**Telefax (03 51) 4 75 54 25**

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Marburger Bund - Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V. Die Mitgliedschaft soll in dem jeweils für meinen Tätigkeitsort zuständigen Landesverband und im Bundesverband bestehen.

Titel	Vorname	Name

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

E-Mail-Adresse	Geburtsdatum

Telefon - Festnetz (p=privat, d=dienstlich)	Telefon - Mobilfunk
p: _____ d: _____	

Nationalität	Anerkennung als Facharzt für ...	Approbationsdatum (ggf. voraussichtliches)

Ich bin z. Zt.  Arzt/Ärztin in Weiterbildung     Fachärztin/-arzt     Oberärztin/-arzt     Chefärztin/-arzt  
 niedergelassene/r Ärztin/Arzt     Rentner/in     Student/in

Ich bin ab/seit ..... bis .....     nicht berufstätig (arbeitslos)     in Mutterschutz/Elternzeit

Name und Anschrift des Arbeitgebers / der Universität

bei Studenten: Bitte geben Sie Ihre Heimatadresse an:

Ort, Datum	Unterschrift

**Der Mitgliedsbeitrag soll - bis auf Widerruf - jährlich von folgendem Konto eingezogen werden: (In Ausnahmefällen kann der Beitrag durch Rechnungslegung zuzüglich einer Rechnungsgebühr von 2,00 € jährlich beglichen werden)**

Kto.-Nr.	BLZ
Name und Ort des Geldinstitutes	Kontoinhaber

Ort, Datum	Unterschrift Kontoinhaber