

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.) _____

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: _____

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.

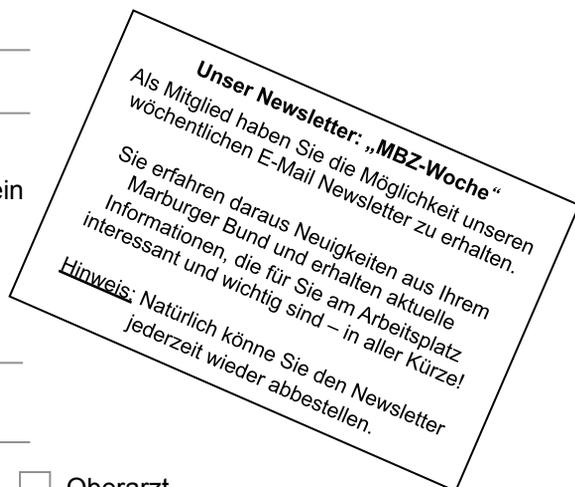
Die Mitgliedschaft soll in dem jeweils für meinen Tätigkeitsort zuständigen Landesverband bestehen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten elektronisch gespeichert und (ausschließlich) für
Verbandszwecke verwendet werden können.

Datum/ Unterschrift

Sie möchten dem MB Bayern ein SEPA-Lastschriftmandat (vorher Einzugsermächtigung) erteilen?

Dann füllen Sie bitte das beiliegende Formular aus, unterzeichnen es und senden es uns per Brief zu.



SEPA-LASTSCHRIFTSMANDAT (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Marburger Bund
Verband der angestellten und beamteten
Ärztinnen und Ärzte Deutschlands -
Landesverband Bayern e.V.
Bavariaring 42
80336 München

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)
DE 20 ZZZ 00000 525 640

Mandatsreferenz
Mitgliedsbeitrag

Wiederkehrende Zahlungen
Recurrent Payments

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n)

Name des Zahlungsempfängers
Marburger Bund, Landesverband Bayern

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

(Name des Zahlungsempfängers)

Marburger Bund Landesverband Bayern

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Name/Vorname)

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

D E

Ort, Datum

Unterschrift(en)