

**Unseren
Forderungen
Nachdruck
verleihen!**



TV-Ärzte 2020: Warnstreik!

Die Ländervertreter haben bisher keine Bereitschaft gezeigt, Ihre Arbeitsbedingungen in den Uniklinika zu verbessern. Am 4. Februar werden wir deshalb mit einem ganztägigen Warnstreik ein klares Signal an die Arbeitgeber aussenden: Kommt endlich in die Gänge!

**Zentrale Demo
am 4. Februar
ab 12 Uhr in Hannover.
Treffpunkt:
Hbf/Reiterdenkmal!**



**ROUTE: Ernst-August-Platz
über Finanzministerium zum
Opernplatz**

Das sind unsere Forderungen:



Neue Bedingungen für die Verlängerung der täglichen Arbeitszeit durch Bereitschaftsdienst

- Manipulationsfreie Arbeitszeiterfassung ohne pauschale und nachträgliche Kappungen der geleisteten Arbeitszeit
- Dienst an max. 2 Wochenenden im Monat
- Verlässliche Dienstplangestaltung
- Generelle Begrenzung der Bereitschaftsdienste



6 Prozent mehr Gehalt



Absicherung des MB-Tarifvertrages



Neuregelung des Zusatzurlaubes für Nachtarbeit

Melden Sie sich bei Ihrem Landesverband!

Marburger Bund Bundesverband
Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.
Reinhardtstraße 36 | 10117 Berlin
Tel. 030 7468460 | tarifpolitik@marburger-bund.de

Sämtliche Infos unter:



www.tdl-tarifrunde.de



Marburger Bund Bundesverband

Verband der angestellten und beamteten
Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.
Reinhardtstraße 36
10117 Berlin



Online gehen und
beitreten unter
www.marburger-bund.de

Oder per Fax an: **030 746 846-16**
oder per Post abschicken!

Beitrittserklärung

| |
|-------------|
| TITEL, NAME |
| VORNAME |
| TELEFON |
| E-MAIL |

| | |
|-----------------------------|---------------------------------|
| GEBURTSDATUM | |
| STRASSE, HAUSNUMMER | |
| PLZ, ORT | |
| (VORAUSSICHTL.) APPR.-DATUM | FACHSEMESTER (BEI STUDIERENDEN) |

Arbeitgeber/Universität

| |
|-----------|
| NAME |
| ANSCHRIFT |

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Marburger Bund. Die Mitgliedschaft soll in dem jeweils für meinen Tätigkeitsort zuständigen Landesverband und im Bundesverband gelten.

| |
|--------------------------|
| ORT, DATUM, UNTERSCHRIFT |
|--------------------------|

Bitte schicken Sie mir einen Code zum Erwerb des **AMBOSS-Sorglos-Abos** zu.

| | | | | | |
|----------------|---|--|--|----------------------------------|-----------------------------|
| STUDIUM: | <input type="checkbox"/> Student | <input type="checkbox"/> PJler | | | |
| TÄTIGKEIT: | <input type="checkbox"/> Arzt | <input type="checkbox"/> Facharzt | <input type="checkbox"/> Oberarzt | <input type="checkbox"/> CA-Stv. | <input type="checkbox"/> CA |
| ANGESTELLT: | <input type="checkbox"/> Ambulanter Bereich | <input type="checkbox"/> Stationärer Bereich | | | |
| SELBSTSTÄNDIG: | <input type="checkbox"/> Niedergelassen | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | <input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigt | | |

Die Mitgliederdaten werden elektronisch erfasst und nur für die Leistungen im Rahmen der satzungsgemäßen Aufgaben des Verbandes verwandt. Frauen sind in der männlichen Berufsbezeichnung selbstverständlich mit eingeschlossen.

TDL