

## BEITRITTSERKLÄRUNG Ärztinnen und Ärzte

Anrede		Titel	
Vorname		Nachname	
Geburtsdatum		Nationalität	
Straße/Nr.			
PLZ		Ort	
Bundesland			
E-Mail		Telefon	
Tätigkeit <input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt in Weiterbildung <input type="checkbox"/> Fachärztin/-arzt <input type="checkbox"/> Oberärztin/-arzt <input type="checkbox"/> stellv. CA <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> Anderes:			
<input type="checkbox"/> angestellt stationärer Bereich <input type="checkbox"/> angestellt ambulanter Bereich <input type="checkbox"/> niedergelassen			
Approbationsdatum			
Facharzttrichtung			
Vollzeit/Teilzeit in %			
Name und Anschrift des Arbeitgebers			

- Ich wurde geworben. (Bitte füllen Sie das Blatt „**Freundschaftswerbung**“ aus.)
- Ich möchte als Mitglied den wöchentlichen Newsletter „MBZ-Woche“ erhalten.  
Immer freitags informiert Sie der Newsletter "MBZ-Woche" in aller Kürze darüber, was auf Bundesebene und tarifpolitisch bei Ihnen vor Ort passiert sowie über die neuesten Entwicklungen im gesamten gesundheitspolitischen Umfeld.
- Ja, ich bin am Exklusiv-Angebot des MB für das **AMBOSS-Sorglospaket** interessiert.  
Bitte schicken Sie mir den Freischaltcode, der mich berechtigt, die Software zum Preis von 369 EUR für 2 Jahre (für approbierte Ärztinnen und Ärzte)
- Ich möchte bequem per SEPA-Lastschriftverfahren bezahlen. (Bitte füllen Sie das SEPA-Lastschriftmandat auf der nächsten Seite aus.)

### 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.

Ort, Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

## SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

**Marburger Bund, Landesverband Sachsen  
Glacisstraße 2, 01099 Dresden**

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE16ZZZ00000549283**

**Mandatsreferenz: SAX-[Mitgliedsnummer]**

Ich ermächtige den Marburger Bund, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Marburger Bund auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Kontoinhaber**

**Kreditinstitut**

**IBAN:**

**BIC:**

Ort, Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

## FREUNDSCHAFTSWERBUNG

**Ich** (Vorname, Nachname, Geb.dat.)

**wurde geworben von:**

Anrede	Titel	
Vorname	Nachname	
Geburtsdatum	Bundesland	
Straße/Nr.		
PLZ	Ort	
Für Rückfragen:		
E-Mail	Telefon	

**Ich wünsche folgende Prämie:**

- Marburger Bund Kaffeetasse
- Marburger Bund Regenschirm
- PopSockets "MB-Echtzeit-App"
- ALL-IN-ONE USB-Ladekabel
- EKG-Lineal
- Warnweste