

# 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.

