

BEITRITTSERKLÄRUNG für Medizinstudierende

Anrede	Titel	
Vorname	Nachname	
Geburtsdatum	Nationalität	
Straße/Nr.		
PLZ	Ort	
Bundesland		
E-Mail	Telefon	
Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Medizinstudierende(r) <input type="checkbox"/> Medizinstudierende(r) im praktischen Jahr	
Studienbeginn		
PJ-Beginn (voraussichtlich)		
Fachsemester		
Name und Anschrift der Uni/Hochschule		

- Ich wurde geworben. (Bitte fülle 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.
- Ich möchte als studierendes Mitglied auch den **wöchentlichen Newsletter „MB-Studi-News“** erhalten.
Immer freitags informiert Sie dieser Newsletter über die neuesten politischen Entwicklungen zum Medizinstudium.
- 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 189 EUR für 2 Jahre (für Medizinstudierende)

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: _____

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