

Marburger Bund
Landesverband Saarland
Faktoreistr. 4
66111 Saarbrücken



BEITRITTSERKLÄRUNG

Anrede/Titel:

Vorname/Name:

Straße:

PLZ/Ort:

E-Mail:

Telefon:

Fax:

Geburtsdatum:

Nationalität:

Tätigkeit: Student/-in MPJ Wiss. Assistent/-in Assistenzärztin/-arzt
 Fachärztin/-arzt Oberärztin/-arzt Leitende/-r Oberärztin/-arzt
 Chefärztin/-arzt Stellv. Chefärztin/-arzt Niedergel. Ärztin/Arzt anderes

Approbationsdatum:

Anerkennung als Facharzt für:
bzw. in Weiterbildung zum:

Vollzeit Teilzeit in %: sonstiges:

Name/Anschrift des Arbeitgebers:

Medizinstudierende

Studienbeginn:

Fachsemester:

Universität:

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 passiert, was sich tarifpolitisch bei Ihnen vor Ort tut sowie über die neuesten Entwicklungen im gesamten gesundheitspolitischen Umfeld.

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: _____

Ich möchte bequem per SEPA-Lastschriftverfahren bezahlen.

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Marburger Bund, Landesverband Saarland
Faktoreistr. 4, 66111 Saarbrücken

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE71ZZZ00000516089

Mandatsreferenz: 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: _____