

### Beitrittserklärung

Titel und Vorname:

Name:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Ort:

Telefon/Telefax:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Nationalität:

Approbationsdatum (evtl. vorauss.):

Anerkennung als Facharzt für:

bzw. in Weiterbildung zum  
zum Facharzt für:

Fachsemester (bei Stud.):

Tätig als  
(bitte ankreuzen)

- Student     MPJ     Wiss.Ass.     Arzt in Weiterbildung  
 Facharzt     Oberarzt     stellv. Chefarzt     Chefarzt  
 niedergel. Arzt     Teilzeitbeschäftigung     nicht berufstätig

Wegen der Zuordnung zum entsprechenden Landesverband bitte unbedingt angeben:

Name u. Anschrift des Arbeitgebers (bei angestellten und beamteten Ärzten):

Universität (bei Studenten):

Bundesland:

#### 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.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift

Die Beiträge sollen bis auf Widerruf einmal jährlich eingezogen werden.

IBAN:

BIC (Swift Code):

Name, Anschrift des Kreditinstituts:

Unterschrift des Kontoinhabers: