

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.

Unser Newsletter: „MBZ-Woche“
Als Mitglied haben Sie die Möglichkeit unseren
wöchentlichen E-Mail Newsletter zu erhalten.
Sie erfahren daraus Neuigkeiten aus Ihrem
Marburger Bund und erhalten aktuelle
Informationen, die für Sie am Arbeitsplatz
interessant und wichtig sind – in aller Kürze!
Hinweis: Natürlich können Sie den Newsletter
jederzeit wieder abbestellen.