

Beitrittserklärung

Name: _____

Vorname: _____ Titel: _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Approbation: _____

Straße,
Hausnummer: _____

PLZ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Tätig als

<input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin in Vollzeit	<input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin in Teilzeit (<= 2/3)
<input type="checkbox"/> Elternzeit	<input type="checkbox"/> Erziehungszeit
<input type="checkbox"/> Arbeitslos	<input type="checkbox"/> nicht berufstätig
<input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt	<input type="checkbox"/> Berufsunfähig
<input type="checkbox"/> Chefarztin / Chefarzt	

Arbeitgeber: _____

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Marburger Bund - Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. Die Mitgliedschaft wird im Landesverband Hessen und im Bundesverband begründet.

Die Daten werden elektronisch gespeichert und finden - unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen – zur Erfüllung der satzungsgemäßen Aufgaben des Verbandes Verwendung.

- Ich bitte um das Passwort für den Zugang zu den internen Seiten des Lv Hessen.
- Ich benötige kein Passwort, da ich keinen ständigen Internet-Zugang habe.
- Ja, ich möchte den Newsletter "MBZ-Woche" per E-Mail (i.d.R. jeden Freitag).
- Nein, keine MBZ-Woche per E-Mail.

Ich wurde geworben von: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Die Beiträge sollen bis auf Widerruf jeweils ab dem 1.02. des Jahres eingezogen werden.

vom Konto Nr.: _____ BLZ: _____

Geldinstitut: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____