

Bitte ausdrucken, ausfüllen und an uns schicken oder faxen:

Marburger Bund Bundesverband, Reinhardtstr. 36, 10117 Berlin, Fax: 030/ 746 846-16

Beitrittserklärung

Titel und Vorname: _____

Name: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Nationalität: _____

Approbationsdatum:
(evt. vorauss.) _____

Anerkennung als Facharzt für: _____
bzw.
in Weiterbildung zum
Facharzt für: _____

Fachsemester (bei Stud.): _____

Tätig als MPJ Wiss.Ass. Arzt in Weiterbildung Facharzt
(bitte ankreuzen) Oberarzt Chefarzt niedergel. Arzt
 Vollzeitbeschäftigung Teilzeitbeschäftigung

Wegen der Zuordnung zum entsprechenden Landesverband bitte unbedingt angeben:

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

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 für Verbandszwecke verwendet werden können.

Datum/Unterschrift

Die Beiträge sollen bis auf Widerruf einmal jährlich eingezogen werden.

Konto Nr.: _____ BLZ: _____

Name, Anschrift
des Kreditinstituts: _____

Unterschrift des Kontoinhabers: _____

Geworben durch das Marburger Bund Mitglied:

Titel und Vorname: _____

Name: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Handy: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Werbepremie
(bitte ankreuzen)

1 Mitglied

- MB-Tassenset
- MB-Umhängetasche

2 Mitglieder

- MB-Laptoptasche
- MB-Taschenlampe
- MB-Regenschirm

Datum/Unterschrift