



Beitrittserklärung

Deutscher Ärztinnenbund e.V.
Rhinstraße 84
12681 Berlin

Tel.: 030 54708635
Fax: 030 54708636

Name: Vorname:

Titel: Fachdisziplin(en)

Geburtsdatum: 19.....

Berufstätig: Vollzeit Teilzeit Im Ruhestand

Studentin im Semester Angestellt / Beamtet / Selbständig

Privat:

Straße:

Postleitzahl: Wohnort:

Tel.: Fax:

Email

Dienstlich:

Dienststätte:

Straße:

Postleitzahl: Ort:

Tel.: Fax:

Email

Teilnahme am Mentorinnennetzwerk: ja / nein als: Mentee / Mentorin

Ich werde Mitglied im Jungen Forum (automatisch bis 40 Jahre).
(Forum der Ärztinnen und Medizinstudentinnen unter 40 Jahre)

Ich möchte Mitglied im Forum 40plus werden (Forum für Ärztinnen ab 40 Jahre): ja / nein

Ich möchte Mitglied im Forum 60plus werden (Forum für Ärztinnen ab 60 Jahre): ja / nein

Ich biete an (Coaching, Referate, Workshops usw.):

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein von seinen Mitgliedern persönliche Daten erhebt, die für die Vereinstätigkeit benötigt und gespeichert werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.
Ich bin damit einverstanden, dass meine Email-Adresse innerhalb der Gruppe/des Verbandes weitergegeben wird.
Die Datenschutzerklärung wurde gelesen, ihr wird zugestimmt.

Ort, Datum: Unterschrift:

Mitgliedsbeitrag mit Beschluss vom 26.9.2003: Jährlich 120,- EURO.
Mit Beschluss vom 18.9.2015 ist die Mitgliedschaft für Studentinnen (Nachweis!) ab 2016 beitragsfrei.

Ich wurde geworben von (Name/Regionalgruppe):

Ich bin auf den DÄB aufmerksam geworden durch: