



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 möchte Mitglied im Jungen Forum werden: ja / nein
(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 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.

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):