



## 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, 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: .....