



DEUTSCHER ÄRZTINNENBUND e.V.

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: ja / nein
(Forum für Ärztinnen ab 40 Jahre)

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

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):

Geschäftsstelle des Deutschen Ärztinnenbundes: Rhinstr. 84, 12681 Berlin, Tel.: 030 54708635, Fax: 030 54708636
Bankverbindung: Deutscher Ärztinnenbund e.V., apoBank Berlin: Konto-Nr. 010 157 5309, BLZ 300 606 01,
IBAN: DE35 3006 0601 0101 5753 09, BIC: DAAEDEDXXX
Email: gsgdaeb@aerztinnenbund.de
Vereinsregisternummer: VR 25601 Nz beim Amtsgericht Berlin-Charlottenburg