



## 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.

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: .....