

Beitrittserklärung

Frau Herr

Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Approbationsdatum: _____

Straße Nr.: _____

PLZ Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Tätig als/in Ärztin/Arzt in Vollzeit Ärztin/Arzt in Teilzeit < 66% arbeitssuchend
 Chefärztin/Chefarzt Ärztin/Arzt in Teilzeit > 66% nicht berufstätig
 Elternzeit Auslandsaufenthalt
 Anderes, bitte angeben: _____

Arbeitgeber: _____

Standort: _____

Fachgebiet: _____

Telefon gesch.: _____ Fax gesch.: _____

Ich wurde geworben von: _____

Ja, ich möchte den Newsletter „MBZ-Woche“ wöchentlich per E-Mail erhalten.

Nein, ich möchte den Newsletter nicht erhalten.

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Marburger Bund - Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. Die Mitgliedschaft besteht in dem jeweils für meinen Tätigkeitsort zuständigen Landesverband und im Bundesverband.

Die Daten werden elektronisch gespeichert und finden - unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen - zur Erfüllung der satzungsgemäßen Aufgaben des Verbandes Verwendung.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Bonus bei Teilnahme am Lastschriftverfahren

Mitglieder, die ihren Beitrag ohne Einzugsermächtigung zahlen, müssen wegen des erheblich höheren Verwaltungsaufwandes zukünftig zwölf Euro mehr im Jahr zahlen. Wer diese zwölf Euro sparen will, kann dem Landesverband die umseitige Lastschriftgenehmigung erteilen.

SEPA-Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Marburger Bund
Landesverband Hessen e.V.
Wildunger Straße 10a
60487 Frankfurt am Main

Wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE11ZZZ00000807587**

Mandatsreferenz: 06/
(Mitgliedsnummer)

Ich/Wir ermächtige(n) den **Marburger Bund Landesverband Hessen e.V.**, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom **Marburger Bund Landesverband Hessen e.V.** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für das zahlungspflichtige Mitglied (wenn abweichend vom Kontoinhaber):

Vorname und Name	
Kontoinhaber (Vorname und Name)	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Kreditinstitut	
IBAN	
D E	
BIC	

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers