

Beitrittserklärung

Frau Herr

Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Studienadresse:

Straße Nr.: _____

PLZ Ort: _____

Heimatadresse:

Straße Nr.: _____

PLZ Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Studienbeginn: _____ Physikum bestanden am: _____

Fachsemester: _____ (vorauss.) PJ-Beginn: _____

Universität in: _____

Ich wurde geworben von: _____

Ja, ich möchte die Newsletter „MBZ-Woche“ wöchentlich und „MB-Studi-News“ monatlich per E-Mail erhalten.

Nein, ich möchte die 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 meine Universität bzw. meinen späteren Tätigkeitsort zuständigen Landesverband und im Bundesverband.

Die Daten werden elektronisch gespeichert und unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zur Erfüllung satzungsgemäßer Aufgaben des Verbandes verwendet.

Für die Dauer des Medizinstudiums, bis zum Bestehen der letzten Ärztlichen Prüfung, ist die Mitgliedschaft im Marburger Bund Landesverband Hessen beitragsfrei.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____