



Hartmannbund

Verband der Ärzte Deutschlands

Beitrittserklärung zum Hartmannbund

Diesen Antrag ausgefüllt an **Hartmannbund, Schützenstraße 6a, 10117 Berlin** senden.

Titel, Vorname

Familiename

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

Nationalität

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

Approbationsdatum

Studienbeginn (nur für Studenten)

Anerkennung als Arzt für

Studienort (nur für Studenten)

Tätigkeit (niedergelassen/angestellt/o.ä.)

vorauss. Studienende (nur für Studenten)

niedergelassen seit

Semesterzahl (nur für Studenten)

voraussichtl. Niederlassung

Mitglied im: Marburger Bund FVDZ Ärzteverband des Saarlandes (SÄS) anderer korp. Verband

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Hartmannbund - Verband der Ärzte Deutschlands e.V. Ich erkenne die Satzung des Verbandes sowie die Beschlüsse seiner Organe an. **Ich bin damit einverstanden, dass meine Mitgliederdaten elektronisch erfasst, aktualisiert und für Leistungen im Rahmen der Mitgliedschaft genutzt werden.**

Ort, Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung für den Beitrag zum Hartmannbund

Ich beauftrage Sie hiermit bis auf Widerruf von meinem Konto bei der

Bank, Ort

BLZ

Konto-Nr.

Monatsbeitrag

nach Beitragsgruppe

meinen Beitrag viertel- bzw. jährlich einzuziehen. Monatsbeiträge bis einschließlich € 8 werden einmal jährlich abgebucht.

Ort, Datum

Unterschrift