



DEUTSCHER ÄRZTINNENBUND e.V.

Beitrittserklärung

Deutscher Ärztinnenbund e.V.
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Tel.: 030 400 456-540

Fax: 030 400 456-541

Name: Vorname:

Titel:

Geburtsdatum: 19.....

Fachdisziplin(en)

Berufstätig: Vollzeit Teilzeit Im Ruhestand

Studentin im Semester

Angestellt / Beamtet / Selbständig

Dienstlich / Privat:

Straße:

Postleitzahl: Wohnort:

privat: Tel.: Fax:

dienstl.: Tel.: Fax:

e-mail:.....

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 - damit erhalte ich regelmäßig Informationen über die Treffen des Jungen Forums und habe das Recht, alle zwei Jahre an den Wahlen des Jungen Forums teilzunehmen)

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. Für Studentinnen beträgt der Beitrag **bei jährlichem Nachweis** 60 EURO

Konto: Deutscher Ärztinnenbund e.V. - Konto-Nr.: 010 157 5309
BLZ 300 606 01 – Apotheker- und Ärztebank Berlin