Deutscher Ärztinnenbund e.V.

Beitrittserklärung

Deutscher Ärztinnenbund e.V.
Glinkastraße 32
10117 Berlin

Tel.: 030 54708635
Fax: 030 54708636

Name: ..... **Vorname**: .....

Titel: ..... Fachdisziplin(en) .....

Geburtsdatum: .....19.....
Berufstätig: Vollzeit □ Teilzeit □ Im Ruhestand □
Studentin der Human- oder Zahnmedizin □ im … Semester
Angestellt / Beamtet □ / □ Selbständig □

Privat:
Straße: .....
Postleitzahl: ..... Wohnort: .....
Tel.: .....Fax: .....
Email.....

Dienstlich:
Dienststätte: .....
Straße: .....
Postleitzahl: ..... Ort: .....
Tel.: ..... Fax:.....
Email.....

Ich möchte Fördermitglied werden □

Teilnahme am Mentorinnennetzwerk: ja □ / nein □ als: Mentee □ / Mentorin □

Ich werde Mitglied im Jungen Forum (automatisch bis 40 Jahre).
(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 □

Bezug der Zeitschrift „ärzt**in**“ per Mail als PDF □ / in Papierform □
(Studentinnen erhalten die Zeitschrift automatisch als PDF-Datei)

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. Ich bin damit einverstanden, dass meine Email-Adresse an die Vorstände der zuständigen Regionalgruppe und der Foren - soweit Mitgliedschaft besteht - weitergegeben wird, wenn sie dort aus organisatorischen Gründen für die Vereinstätigkeit benötigt wird. Die Datenschutzerklärung wurde gelesen, ihr wird zugestimmt. Mit Abgabe der Beitrittserklärung willige ich in eine kostenpflichtige Mitgliedschaft ein.

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....

Mitgliedsbeitrag ab 2024 jährlich 140,00 €.
Mit Beschluss vom 18.9.2015 ist die Mitgliedschaft für Studentinnen (Nachweis!) ab 2016 beitragsfrei.
Mitgliedsbeitrag für Fördermitglieder mit Beschluss vom 11.12.2021: natürliche Personen jährlich 150,00 €, juristische Personen mindestens 150,00 € und wird im Benehmen mit dem Vorstand festgesetzt

Ich wurde geworben von (Name/Regionalgruppe): .....

Ich bin auf den DÄB aufmerksam geworden durch: .....