



## 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)

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 € 9 werden einmal jährlich abgebucht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift