

## Beitrittserklärung zum Hartmannbund für Studierende

ausgefüllt an Hartmannbund, Kurfürstenstr. 132, 10785 Berlin, Fax: 030 206 208 39 oder hb-info@hartmannbund.de senden.

Herr  Frau

**Titel, Vorname**

**Familienname**

**Straße, Haus-Nr.**

**PLZ, Wohnort**

**Geburtsdatum**

**Nationalität**

**Telefon**

**Fax**

**E-Mail-Adresse**

**Studienbeginn**

**Humanmedizin / Zahnmedizin**

**Studienort**

**aktuelles Fachsemester (nicht Zeitsemester)**

**voraussichtliches Studienende**

**voraussichtliches Approbationsdatum**

Um mögliche Beitragsvorteile zu erhalten,  
gib bitte an, ob Mitgliedschaften in weiteren  
ärztlichen Verbänden bestehen.

**weitere Mitgliedschaften**

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.

**Informationen zu den Datenschutzrichtlinien gem. DSGVO und BDSG finden Sie unter <https://www.hartmannbund.de/datenschutz>**

**Ort, Datum**

**Unterschrift**

Ich möchte auch Mitglied im MEDI-LEARN Club werden.

Ich bin bereits MEDI-LEARN CLUB-Mitglied

Ich möchte nur die Mitgliedschaft im Hartmannbund.

Bei gewünschter MLC-Mitgliedschaft willige ich in die in den AGB (AGB einsehbar unter [www.medilearn.de/club/AGB](http://www.medilearn.de/club/AGB)) verankerte Erklärung zur Datenverarbeitung nach Bundesdatenschutzgesetz ein. Diese Einwilligung kann ich jederzeit bei der MEDI-LEARN.net GbR widerrufen.

**Ort, Datum**

**Unterschrift**