

## Beitrittserklärung zum Hartmannbund für approbierte Ärzte

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

Herr  Frau

**Titel, Vorname**

**Nachname**

**Straße, Haus-Nr.**

**PLZ, Wohnort**

**Geburtsdatum**

**Nationalität**

**Telefon**

**Fax**

**E-Mail**

**Approbationsdatum**

**Tätigkeit (niedergelassen / angestellt / ...)**

**Facharzttitle / Arzt in Weiterbildung / Zahnarzt**

**niedergelassen seit / ggf. voraussichtliche Niederlassung**

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

**weitere Mitgliedschaften**

### Mitgliedschaftsmodell für Weiterbildungsassistenten

- Ich möchte auch Mitglied im MEDI PROFESSIONAL Club (MPC) werden und sichere mir so die kostenfreie Mitgliedschaft im Hartmannbund für das erste Jahr nach Approbation.
- Ich bin bereits Mitglied im MEDI PROFESSIONAL Club.
- Ich möchte nur die Mitgliedschaft im Hartmannbund.

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

### Zustimmung zum Verbandseintritt und zu den Datenschutzrichtlinien

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. Die Bestimmungen zum Datenschutz habe ich gelesen und erkläre mich damit einverstanden.

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

**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

### Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige den Hartmannbund e.V., Gläubiger-ID DE481000000390015, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hartmannbund e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:	<input type="text"/>	Kreditinstitut:	<input type="text"/>
BIC:	<input type="text"/>	IBAN:	<input type="text"/>

**Ort, Datum**

**Unterschrift**