

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

Nachname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

Nationalität

Telefon

Fax

E-Mail

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

Mitgliedschaftsmodell

- Ich beantrage nur die Hartmannbund-Mitgliedschaft (1 Euro pro Monat).
 Ich bin bereits Mitglied im MEDI-LEARN-Club und beantrage zusätzlich die kostenlose Mitgliedschaft im Hartmannbund.
 Ich beantrage die kostenlose Kombi-Mitgliedschaft im MEDI-LEARN Club und im Hartmannbund.

Bei gewünschter MLC-Mitgliedschaft willige ich in die in den AGB (AGB einsehbar unter www.medi-learn.de/club/) 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>

Unterschrift