

Beitrittserklärung zum Hartmannbund für approbierte Ärzte

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

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 AGB (<https://www.medi-learn.de/club/AGB/AGB.pdf>) und die Datenschutzerklärung (<https://www.medi-learn.de/club/AGB/Datenschutz.pdf>) ein. Diese Einwilligung kann ich jederzeit bei der MEDI-LEARN.net GbR (club@medi-learn.de) 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