

## Beitrittserklärung zum Hartmannbund für Studierende

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**

**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 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](mailto: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>**

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