

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 **E-Mail**

Studienbeginn **Studiengang**

Studienort **Fachsemester**

voraussichtliches Studienende **weitere Mitgliedschaften in ärztlichen Verbänden**

Mitgliedschaftsmodell

- Ich beantrage nur die Hartmannbund-Mitgliedschaft.
 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) widerrufen.

Ich wurde geworben durch / im Rahmen von:

Einverständniserklärung

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