

Mitglieder werben Mitglieder

Wir bedanken uns für Ihr Engagement und schenken Ihnen ein Jahreslos der „Aktion Mensch“. Unterstützen Sie soziale Projekte und gewinnen Sie bis zu 1 Million Euro!

Virchowbund
Verband der niedergelassenen Ärztinnen
und Ärzte Deutschlands e. V
Chausseestraße 119 b, 10115 Berlin
Tel: 030 28 87 74-0 | Fax: 030 28 87 74-113
info@virchowbund.de
www.virchowbund.de

Ich habe das neue Mitglied geworben

Wir benötigen diese Daten, um Ihnen Ihre Prämie zukommen zu lassen.

Vorname, Nachname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon

Virchowbund
Mitgliedsnummer

E-Mail

Beitrittserklärung zum Virchowbund

Akad. Grad, Vorname, Nachname

geb. am

niedergelassen

angestellt

und/oder

Oberarzt

Assistenzarzt

Medizinstudent

Fachrichtung

Niederlassung seit/geplant zum (MM, JJJJ)

Praxisanschrift Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Privatanschrift Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Virchowbund.

Ort, Datum

Unterschrift

Der Mitgliedsbeitrag beträgt monatlich € 25. Für Assistenzärzte und angestellte Ärzte beträgt er monatlich € 15; für Medizinstudenten und sonstige außerordentliche Mitglieder monatlich € 1,50. Eine außerordentliche Mitgliedschaft von Medizinstudenten wird mit der Approbation automatisch zur ordentlichen Mitgliedschaft. **Der Beitrag ist steuerlich als Betriebsausgabe/Werbungskosten absetzbar.**

Datenschutzbelehrung: Die Angaben der vereinsrechtlich notwendigen Datenfelder der Beitrittserklärung sind verpflichtend und dienen gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b) der Datenschutzgrundverordnung der Verfolgung der Vereinsziele und der Betreuung und Verwaltung der Mitglieder und werden in unseren EDV-Systemen gespeichert. Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung im Internet: www.virchowbund.de/datenschutz.