

## Sie kümmern sich um Ihre Patienten, wir uns um den Rest.

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

### Beitrittserklärung zum Virchowbund

Akad. Grad, Vorname, Nachname

niedergelassen     angestellt    und/oder     Oberarzt     in Weiterbildung     im Medizinstudium

Fachrichtung

geb. am

Niederlassung seit / geplant zum (MM, JJJJ)

**Praxisanschrift** Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

**Privatanschrift** Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Ja, ich möchte die Verbands-Newsletter zu den Themen Rechts, Berufspolitik und Service erhalten.

Bitte senden Sie mir Post bevorzugt an diese Adresse:     Privat     Praxis

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?     Kollegen     Internet     Printmedien     Flyer/Broschüre     \_\_\_\_\_

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Virchowbund.

Ort, Datum

Unterschrift

Der Mitgliedsbeitrag beträgt ab 1.1.2024 monatlich € 30. Für angestellte Ärzte und Ärzte in Weiterbildung beträgt er monatlich € 18; Medizinstudierende können eine beitragsfreie Mitgliedschaft ohne Anspruch auf Beratungs- und Serviceleistungen abschließen. Mit der Approbation wird die beitragsfreie Mitgliedschaft 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](http://www.virchowbund.de/datenschutz).