VirchowBund
Frei in der Praxis

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

NAV-Virchow-Bund
Verband der niedergelassenen 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 ☐ Assistenzarzt ☐ Medizinstudent

Fachrichtung

geb. am | Niederlassung seit / geplant zum (MM, JJJJ)

Praxisanschrift Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Privatanschrift Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon | Fax

E-Mail

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 derzeit monatlich € 25. Für Assistenzärzte und angestellte Ärzte beträgt er monatlich € 15; für Medizinstudenten 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/impressum__datenschutz.php.