

**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	
<input type="radio"/> niedergelassen <input type="radio"/> angestellt	und/oder <input type="radio"/> Oberarzt <input type="radio"/> Assistenzarzt <input type="radio"/> 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: <input type="radio"/> Privat <input type="radio"/> Praxis	
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? <input type="radio"/> Kollegen <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Zeitung/ Zeitschrift <input type="radio"/> Flyer/ Broschüre <input type="radio"/> Sonstiges	

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.