



ALUMNI MEDIZIN
MARBURG e.V.



Antrag auf Mitgliedschaft

ALUMNI Medizin Marburg e.V.

Vereinigung medizinischer, humanbiologischer, zahnmedizinischer und physiotherapeutischer Absolventen, sowie der Mitglieder, Freunde und Förderer des Fachbereichs Medizin

c/o Dekanat FB 20 Medizin, 35032 Marburg
Fax: (06421) 586 1548

Die grau hinterlegten / fettgedruckten Felder sind für die Aufnahme als Alumni-Mitglied unbedingt erforderlich. Angaben in weißen Feldern sind freiwillig.

Persönliche Daten:

Anrede:	<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Herr	<input type="radio"/> Firma
Name:	Vorname:		
Titel:	<input type="radio"/> Dr.	<input type="radio"/> Prof.	<input type="radio"/> Prof. Dr. <input type="radio"/> Sonstiger
Geburtstag:			
E-Mail:			
Mitgliedstyp:	<input type="radio"/> Absolvent Examenstermin: <input type="radio"/> Frühjahr (Juni) <input type="radio"/> Herbst (Dezember) Jahr: <input type="radio"/> Student (derzeit imSemester) <input type="radio"/> Universitätsbediensteter <input type="radio"/> Sonstiger		

Korrespondenzadresse:

Typ: Privat Dienstlich/Firma Heimat (Eltern) Studienort

Straße:	
PLZ:	Ort:
Land:	
E-Mail:	

Weitere Adresse:

Typ: Privat Dienstlich/Firma Heimat (Eltern) Studienort

Straße:	
PLZ:	Ort:
Land:	
E-Mail:	

Bankverbindung:

Die Erhebung der Mitgliedsbeiträge erfolgt aus Kostengründen im Lastschriftinzugverfahren. Falls keine Bankverbindung besteht, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

Die Höhe des Mitgliedsbeitrages beträgt:

Studierende und Mitglieder der Hochschule im 1. Berufsjahr:	beitragsfrei
Mitglieder der Hochschule und Sonstige bis zum 35. LJ.:	20,00 Euro pro Jahr
Mitglieder der Hochschule und Sonstige nach Vollendung 35. LJ.:	40,00 Euro pro Jahr
Spende: Euro

Summe: Euro

Für den Mitgliedsbeitrag / die Spende erhalten Sie selbstverständlich eine Bescheinigung zur Vorlage beim zuständigen Finanzamt.

Kontoinhaber:
Kontonummer:
BLZ:
Kreditinstitut:
Unterschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte informieren Sie uns, wenn sich Adresse oder Bankverbindung ändern. Vielen Dank!

Unsere Bankverbindung:

Sparkasse Marburg – Biedenkopf; IBAN: DE66 5335 0000 0013 0012 43

Verzeichnis-Widerspruch

Alumni Medizin Marburg e.v. pflegt ein Mitgliederverzeichnis, welches unseren Mitglieder (nur diesen!) oder dem Fachbereich Medizin jeweils auf Anforderung (nur dann!) zur Verfügung gestellt wird. Falls Sie im folgenden nichts ankreuzen, werden dort Name, Titel, Examenstermin und Anschrift eingetragen.

- Ich möchte in diesem Mitgliederverzeichnis nur mit Namen, Titel und Examenstermin genannt werden, jedoch ohne Anschrift
- Ich möchte in diesem Mitgliederverzeichnis überhaupt nicht genannt werden.

Aufnahmeantrag gemäß vorstehender Angaben

Ich willige ein, dass meine Daten zur Verwendung für Vereinszwecke elektronisch gespeichert werden. Ich ermächtige Alumni Medizin Marburg e.V. widerruflich, den Mitgliedsbeitrag von meinem/unserem Konto abzubuchen.

Ich beantrage die Aufnahme als Mitglied gemäß vorstehender Angaben und Satzung.
Ich erhalte nach Bearbeitung des Mitgliedsantrages gemäß der Satzung eine Bestätigung der Aufnahme.

Ort:	Datum:	Unterschrift:

Aufnahmeantrag (wird von ALUMNI ausgefüllt)

Mitgliedsnummer:										
Aufnahmedatum:										
Handzeichen:										