



Verein deutsch-iranischer Ärzte und Zahnärzte in Hamburg e.V. Beitrittserklärung/Erhebungsbogen

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein deutsch-iranischer Ärzte und Zahnärzte e. V. in Hamburg.

Persönliche Angaben

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Fachrichtung: _____

Anschrift

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. dienstl.: _____

Tel. Mobil: _____

E-Mail: _____

Ausbildung

Arzt/Zahnarzt/-Ärztin ohne Facharztausbildung

Facharzt/-Ärztin, Fachzahnarzt/-Ärztin

Angehörige(r) paramedizinischer Wissenschaften

Angehörige(r) einer anderen Fachrichtung

Medizin- oder Zahnmedizinstudent(in)

Jetzige Tätigkeit

Chefarzt/-Ärztin

Oberarzt/-Ärztin

Klinikassistentenarzt/-Ärztin oder Klinikzahnarzt/-Ärztin
Arzt/Ärztin oder Zahnarzt/-Ärztin in einem nicht klinischen Bereich und zwar:

Medizin- oder Zahnmedizinstudent(in)

Honorararzt/-Ärztin, Zahnarzt/-Ärztin

Niedergelassene(r) Arzt/Ärztin oder Zahnarzt/-Ärztin

Im Ruhestand

Ohne ärztliche/zahnärztliche Anstellung

Bitte zutreffendes ankreuzen: (ggf. keines, eines oder beides ankreuzen)

Ich bin iranischer Herkunft

Ich bin ansässig in Deutschland

Mitgliedsbeitrag

Der aktuell jährliche Mitgliedsbeitrag ist auf 60,00 € festgesetzt. Für Studenten und Studentinnen entfällt zurzeit der Mitgliedsbeitrag

Ermächtigung zum Bankeinzugsverfahren (SEPA Lastschrift)

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE51ZZZ00002060592** Mandatsreferenz: **Jahresbeitrag**

Ich ermächtige den Kassenwart des Vereines deutsch-iranischer Ärzte und Zahnärzte in Hamburg e. V. (VDIAZ), die von mir zu entrichtende jährliche Beitragszahlung bis auf Widerruf bei Fälligkeit zu Lasten folgenden Kontos einzuziehen.

Kreditinstitut _____

BIC _____

IBAN _____

Kontoinhaber _____

Ich versichere die Richtigkeit der angegebenen Daten und werde jede Veränderung der obengenannten Angaben unverzüglich dem Verein deutsch-iranischer Ärzte und Zahnärzte in Hamburg mitteilen. Mir ist bekannt, dass der Mitgliedsbeitrag ein Jahresbeitrag für das laufende Kalenderjahr ist. Im Falle des Rücktritts während eines Kalenderjahres wird der Beitrag weder anteilig noch gänzlich zurückerstattet.

Datum _____

Unterschrift _____