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
☐ Klinikassistenzarzt/-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 80,00 € 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 _____

Drucken **Senden**

Verein deutsch-iranischer Ärzte und Zahnärzte in Hamburg e. V.
Rahlstedter Bahnhofstr. 25 • 22143 Hamburg
E-Mail: kontakt@vdiaz.de