

**BEITRITS-
ERKLÄRUNG**

DEUTSCHE SCHIEDSSTELLE FÜR DAS MEDIZINRECHT

Herrn

Michael Fritz

Per E-Mail an: m.fritz@hfbp.de oder per Fax an 0641/94886733

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein „med.iatori - Deutsche Schiedsstelle für das Medizinrecht“

Akad. Grad _____

Name, Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____ Geb. Datum _____

Berufliche Anschrift _____

Berufliche Qualifikation _____

(z..B. Facharzt, Fachanwalt etc)

Beiträge:	z. Zt. gültig :	Mitglieder:	mindestens 50,00 € p. a.
		Ehrenmitglieder	0,00 € p. a.
		Fördermitglied (jur. Person)	mindestens 300,00 € p. a.
		Fördermitglied (nat. Person)	mindestens 150,00 € p. a.

Aufnahmegebühr: 150,00 Euro (einmalig)

Satzung: Die Vereinssatzung in der heute gültigen Fassung wird hiermit anerkannt. Die Satzung kann beim geschäftsführenden Vorstand eingesehen oder als pdf-Datei gefordert werden.

Datenschutz: Mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke, (insbesondere für die Vereinswebsite und Presse-Berichterstattung), bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über meine Daten von mir zu erhalten.

Kündigung: Die Mitgliedschaft kann durch schriftliche Kündigung gerichtet an den geschäftsführenden Vorstand beendet werden; die Austrittserklärung muss am 30.09. des jeweiligen Jahres vorliegen.

Bankeinzug: Ich/wir ermächtige(n) hiermit widerruflich den Verein, den jeweils gültigen Jahresbeitrag, sowie die Aufnahmegebühr von meinem/unserem Konto abzubuchen.

IBAN

BIC

Bank

Kto. Inh.

(falls abweichend von Antragsteller)

Unterschrift des Antragsstellers und ggs. Kontoinhabers