

**Beitrittserklärung**  
**med.iatori**  
**Deutsche Schiedsstelle für das Medizinrecht**

Herrn  
Michael Fritz  
Per E-Mail an: [m.fritz@hfbp.de](mailto: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: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Fax. Nr.: \_\_\_\_\_

Berufliche Anschrift: \_\_\_\_\_

Berufliche Qualifikation: \_\_\_\_\_  
(z..B. Facharzt, Fachanwalt etc)

<b>Beiträge:</b>	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 Antragstellers und ggs. Kontoinhabers