



# Antrag zur Aufnahme in die Gesellschaft Muslimischer Mediziner in Norddeutschland e.V.

Es werden nur elektronisch ausgefüllte Anträge akzeptiert. Nur die Unterschriften müssen handschriftlich vorgenommen werden.  
Bitte wenden Sie sich bei technischen Problemen an [gmmn-info@gmx.de](mailto:gmmn-info@gmx.de) Vielen Dank!

<b>Antrag auf:</b>	Ordentliches Mitglied - 300€ Niedergelassener Arzt, Chefarzt, Ltd. Arzt	Ordentliches Mitglied - 140 € Arzt in Weiterbildung	Korrespondierendes Mitglied (jährlich selbst festgelegter Beitrag)
	Ordentliches Mitglied - 200€ Angestellter Arzt (Praxis / Industrie / Verlag), Oberarzt	Ordentliches Junior Mitglied*/ Mitglied ohne Tätigkeit - 0 € <small>(*bitte Semesterbescheinigung einreichen.)</small>	Förderndes Mitglied (jährlich selbst festgelegter Beitrag)
	Ordentliches Mitglied- 180 € Facharzt in Klinik	Assoziiertes Mitglied-200 €	Beitrag (jährlich): _____ €

## Persönliche Daten:

Titel		Fachrichtung	
Name		Zusatzbezeichnung	
Vorname		Spezialisierung - med.	
Geb.-Datum		- nicht med.	
Nationalität		Semester/ Facharzt seit	
Geschlecht		Student/Assistenzarzt seit	

## Kontaktdaten:

<b>Korrespondenzanschrift</b>	beruflich	privat
Klinik/ Firma/ Praxis		
Tätig als		
Abteilung		
Straße		
PLZ und Ort		
Land		
Telefon		
Mobilnummer		
E-Mail		

## Bürgen:

Bitte um Angabe von zwei GMMN Mitgliedern als Ihre Bürgen und deren Unterschriften.

	Bürge 1	Bürge 2
Vorname, Name		
Datum, Ort		
Unterschrift	_____	_____

## Zahlung per Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger GMMN e.V. widerruflich, den von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag gemäß der Beitragsordnung bei Fälligkeit durch Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber		IBAN	
Bankinstitut		SWIFT (BIC)	

## Einwilligung zur Speicherung und Verwendung Ihrer Daten gemäß DSGVO

Ihre personenbezogenen Daten werden gemäß der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) für die Begründung und Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft erhoben und verarbeitet. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Datenschutzinformationen gemäß Art. 13/14 DSGVO und die Satzung der Gesellschaft Muslimischer Mediziner in Norddeutschland e.V. (GMMN e.V.) zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers