



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

Antrag auf:



Ordentliches Mitglied - 120 €
Fachärzte



Ordentliches Mitglied - 60 €
Assistenzärzte, Apotheker,
anгр. Heilberufe



Ordentliches Juniormitglied /
Mitglied ohne Tätigkeit - 0 €



Förderndes Mitglied
(jährlich selbst festgelegter Beitrag)



Beitrag (jährlich): _____ €

Persönliche Daten:

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

Kontaktdaten:

Korrespondenzanschrift ☐ 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
Vorname, Name	
Datum, Ort	

Bürge 2

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 _____