

Verein demokratischer Ärzt*innen
Kantstr. 10
63477 Maintal
info@vdaee.de

verein
demokratischer
ärzt*innen



Beitrittserklärung

(Online möglich unter: <https://www.vdaee.de/index.php/vdaee/beitrittserklaerung>)

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Verein demokratischer Ärzt*innen. (Meine hier angegebenen Daten werden im Sinne der EU-Datenschutz-Grundverordnung nur für Vereinszwecke verwendet, vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.)

Der monatliche Mindestbeitrag für Berufstätige beträgt 8,00 €, für Student*innen, Rentner*innen und Arbeitslose 3,00 €. Darüber hinaus schlagen wir folgende Richtwerte zur Selbsteinschätzung vor: Ärzt*innen in Weiterbildung werden gebeten, 12 €/Monat zu zahlen, niedergelassene ÄrztInnen und angestellte Fachärzt*innen werden gebeten, 20 €/Monat zu zahlen.

Ich bin bereit, einen monatlichen Beitrag von

_____ €

auf das unten genannte Konto des vdää zu überweisen.

Die Überweisung erfolgt

- jährlich
- halbjährlich
- vierteljährlich

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Email: _____

Datum _____

Ort _____

Unterschrift _____