



Antrag auf Mitgliedschaft

Ich möchte gemäß der Satzung aufgenommen werden als Mitglied im Verband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder Brandenburg und Berlin e.V. Ich erkläre meine Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz, dass personenbezogene Daten über mich gespeichert werden. Ich erkenne die Satzung an. Ich habe die Beitragsordnung zur Kenntnis genommen.

Titel, Vorname und Name:

Adresse (privat):

Telefon (privat):

E-Mail (privat):

E-Mail (dienstlich):

Tätigkeit und Arbeitgeber:

Status (bitte einkreisen): Rentner Pensionär Angestellt Verbeamtet

Bundesland (bitte einkreisen): Brandenburg Berlin

Ich bin Mitglied im DGÖG (bitte einkreisen): Ja Nein Bitte Aufnehmen

Ich bin Mitglied im DGÖGB (bitte einkreisen): Ja Nein Bitte Aufnehmen

Ich bin Mitglied im Marburger Bund (bitte einkreisen): Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie den unterschriebenen Antrag an info@oegd-brandenburg-berlin.de