

# Antrag zur Aufnahme in den Verband Muslimischer Mediziner e.V.

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

## Antrag auf (jährlicher Mitgliedsbeitrag):

Ordentliches Mitglied	Außerordentliches Mitglied	Korporatives Mitglied	Förderndes Mitglied
<input type="checkbox"/> Niedergel. Arzt/ ZA (250€) <input type="checkbox"/> Selbstst. Apotheker (250€) <input type="checkbox"/> Chefarzt (250€) <input type="checkbox"/> Leitender Arzt (250€) <input type="checkbox"/> Oberarzt (200€) <input type="checkbox"/> angest. Arzt/ ZA (180€) <input type="checkbox"/> angest. Pharmazeut (180€) <input type="checkbox"/> Psychologen (180€) <input type="checkbox"/> Arzt in Weiterbildung (150€)	<input type="checkbox"/> Student Humanmed. (10€) <input type="checkbox"/> Student Zahnmed. (10€) <input type="checkbox"/> Student Psychologie (10€) <input type="checkbox"/> Student Pharmazie (10€) <input type="checkbox"/> Akademiker im Gesundheitswesen (100€) <input type="checkbox"/> Akademiker im Gesundheitswesen aus dem Ausland (100€)	im Gesundheitswesen tätiger <input type="checkbox"/> Verband (200€) <input type="checkbox"/> Verein (200€) <input type="checkbox"/> Einrichtung (200€) <input type="checkbox"/> Organisation (200€)	<input type="checkbox"/> Privatpersonen (Mindestbeitrag 60€)  <b>nicht</b> im Gesundheitswesen tätiger (Mindestbeitrag 200€) <input type="checkbox"/> Verband (____€) <input type="checkbox"/> Verein (____€) <input type="checkbox"/> Einrichtung (____€) <input type="checkbox"/> Organisation (____€)

\*Studierende müssen Studienbescheinigung einreichen

## Persönliche Daten:

Titel	<input type="text"/>	Fachrichtung	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>	Zusatzbezeichnung	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Spezialisierung – med.	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Spezialisierung – nicht med.	<input type="text"/>
Nationalität	<input type="text"/>	Semester/Facharzt seit	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="text"/>	Student/Assistenzarzt seit	<input type="text"/>

## Kontaktdaten:

### Korrespondenzanschrift

 beruflich

 privat

Klinik/Firma/Praxis	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tätig als	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Abteilung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ und Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mobilnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Zustimmung:

- Ich erkenne die medizinisch-ethische und islamisch-moralische Grundrichtung des Verbandes an.
- Zahlung per Einzugsermächtigung: Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger VMM e.V. widerruflich, den von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag gemäß der Satzung bei Fälligkeit durch Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber	<input type="text"/>	IBAN	<input type="text"/>
Bankinstitut	<input type="text"/>	SWIFT (BIC)	<input type="text"/>

**Einwilligung zur Speicherung und Verwendung Ihrer Daten gemäß DSGVO:** Ihre personenbezogene 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 des Verbandes Muslimischer Mediziner e.V. (VMM e.V.) zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf geschlechtsspezifische Doppelformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.