

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@vmmev.de Vielen Dank.

Antrag auf (jährlicher Mitgliedsbeitrag):

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

Freiwillige Zusatzspende (optional, einmalig): ☐ 25 € ☐ 50 € ☐ 100 € ☐ 250 € anderer Betrag: €

Steuerlicher Hinweis: Mitgliedsbeiträge und freiwillige Spenden sind nach § 10b EStG steuerlich absetzbar.

*Studierende müssen Studienbescheinigung einreichen

Persönliche Daten:

Titel		Fachrichtung	
Name		Zusatzbezeichnung	
Vorname		Spezialisierung – med.	
Geburtsdatum		Spezialisierung – 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		

Zustimmung:

☐ Ich erkenne die medizinisch-ethische und islamisch-moralische Grundrichtung des Verbandes an.

☐ **Zahlung per Einzugsermächtigung:** Ich/Wir ermächtige(n) den VMM e.V., den Mitgliedsbeitrag und ggf. die gewählte Zusatzspende bei Fälligkeit per Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber		IBAN	
Bankinstitut		SWIFT (BIC)	

☐ **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