

## Antrag auf Mitgliedschaft

### ALUMNI Medizin Marburg e.V.

#### Vereinigung medizinischer, humanbiologischer, zahnmedizinischer und physiotherapeutischer Absolventen, sowie der Mitglieder, Freunde und Förderer des Fachbereichs Medizin

c/o Dekanat FB 20 Medizin, 35032 Marburg  
Fax: (06421) 586-1548

Die grau hinterlegten / fettgedruckten Felder sind für die Aufnahme als Alumni-Mitglied unbedingt erforderlich. Angaben in weißen Feldern sind freiwillig.

#### Persönliche Daten:

|               |  |                             |                                 |                                 |
|---------------|--|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Anrede:       | <input type="radio"/> Frau   | <input type="radio"/> Herr  | <input type="radio"/> Firma     |                                 |
| Name:         | Vorname:   |                             |                                 |                                 |
| Titel:        | <input type="radio"/> Dr.  | <input type="radio"/> Prof. | <input type="radio"/> Prof. Dr. | <input type="radio"/> Sonstiger |
| Geburtstag:   |  |                             |                                 |                                 |
| E-Mail:       |  |                             |                                 |                                 |
| Mitgliedstyp: | Examenstermin: <input type="radio"/> Frühjahr (Juni) <input type="radio"/> Herbst (Dezember) Jahr: |                             |                                 |                                 |
|               | <input type="radio"/> Student (derzeit im .....Semester)   |                             |                                 |                                 |
|               | <input type="radio"/> Universitätsbediensteter   |                             |                                 |                                 |
|               | <input type="radio"/> Sonstiger  |                             |                                 |                                 |

#### Korrespondenzadresse:

Typ:  Privat  Dienstlich/Firma  Heimat (Eltern)  Studienort

|         |      |  |  |
|---------|------|--|--|
| Straße: |      |  |  |
| PLZ:    | Ort: |  |  |
| Land:   |      |  |  |
| E-Mail: |      |  |  |

#### Weitere Adresse:

Typ:  Privat  Dienstlich/Firma  Heimat (Eltern)  Studienort

|         |      |  |  |
|---------|------|--|--|
| Straße: |      |  |  |
| PLZ:    | Ort: |  |  |
| Land:   |      |  |  |
| E-Mail: |      |  |  |

**Bankverbindung:**

Die Erhebung der Mitgliedsbeiträge erfolgt aus Kostengründen im Lastschriftinzugverfahren. Falls keine Bankverbindung besteht, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

**Die Höhe des Mitgliedsbeitrages beträgt:**

|  |                            |
|--|----------------------------|
| <b>Studierende und Mitglieder der Hochschule im 1. Berufsjahr:</b>     | <b>beitragsfrei</b>        |
| <b>Mitglieder der Hochschule und Sonstige bis zum 35. LJ.:</b>         | <b>20,00 Euro pro Jahr</b> |
| <b>Mitglieder der Hochschule und Sonstige nach Vollendung 35. LJ.:</b> | <b>40,00 Euro pro Jahr</b> |
| <b>Spende:</b>   | <b>..... Euro</b>          |
| -----  |                            |
| <b>Summe:</b>  | <b>..... Euro</b>          |

---

---

Für den Mitgliedsbeitrag / die Spende erhalten Sie selbstverständlich eine Bescheinigung zur Vorlage beim zuständigen Finanzamt.

|  |
|--|
| <b>Kontoinhaber:</b>   |
| <b>Kontonummer:</b>  |
| <b>BLZ:</b>  |
| <b>Kreditinstitut:</b>   |
| Unterschrift des Kontoinhabers<br>(falls abweichend vom Antragsteller) |

-----  
Ort, Datum

Unterschrift

**Bitte informieren Sie uns, wenn sich Adresse oder Bankverbindung ändern. Vielen Dank!**

**Unsere Bankverbindung:**

**Sparkasse Marburg – Biedenkopf; BLZ: 533 500 00, Kto. Nr.: 13001243**

## Verzeichnis-Widerspruch

Alumni Medizin Marburg e.v. pflegt ein Mitgliederverzeichnis, welches unseren Mitglieder (nur diesen!) oder dem Fachbereich Medizin jeweils auf Anforderung (nur dann!) zur Verfügung gestellt wird. Falls Sie im folgenden nichts ankreuzen, werden dort Name, Titel, Examenstermin und Anschrift eingetragen.

- Ich möchte in diesem Mitgliederverzeichnis nur mit Namen, Titel und Examenstermin genannt werden, jedoch ohne Anschrift
- Ich möchte in diesem Mitgliederverzeichnis überhaupt nicht genannt werden.

Aufnahmeantrag gemäß vorstehender Angaben

Ich willige ein, dass meine Daten zur Verwendung für Vereinszwecke elektronisch gespeichert werden. Ich ermächtige Alumni Medizin Marburg e.V. widerruflich, den Mitgliedsbeitrag von meinem/unserem Konto abzubuchen.

Ich beantrage die Aufnahme als Mitglied gemäß vorstehender Angaben und Satzung.  
Ich erhalte nach Bearbeitung des Mitgliedsantrages gemäß der Satzung eine Bestätigung der Aufnahme.

|              |              |               |
|--------------|--------------|---------------|
| Ort:         | Datum:       | Unterschrift: |
| <br><br><br> | <br><br><br> | <br><br><br>  |

Aufnahmeantrag (wird von ALUMNI ausgefüllt)

|                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Mitgliedsnummer: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aufnahmedatum:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Handzeichen:     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |