

**Aufnahmeantrag für die Mitgliedschaft im Verein
Deutsch-Aserbaidshianischer-Medizinerverband e.V.**

Hiermit beantrage ich

.....
Name, Vorname (Firma)
(Gründungsdatum)

.....
Geburtsdatum

.....
Beruf

.....
PLZ, Wohnort (Geschäftssitz), Straße, Hausnummer

.....
(Telefonkontakt)

ab dem
Datum

die formale Aufnahme als Mitglied im Verein
Deutsch-Aserbaidshianischer-Medizinerverband e.V..

Die aktuelle Satzung und Beitragsordnung wurde mir zur Kenntnis gegeben und werden von mir anerkannt.

Ich möchte künftig als
☐ Privatperson
☐ juristische Person
☐ Fördermitglied dem Verein angehören.

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß Bundesdatenschutzgesetz bin ich einverstanden.

Ich bitte hiermit um entsprechende Veranlassung und schriftliche Bestätigung der Aufnahme in den Verein.

.....
Datum, Ort

.....
Unterschrift