

Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte  
Kantstr. 10

**63477 Maintal**

## Beitrittserklärung

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte.  
(Meine hier angegebenen Daten werden im Sinne der EU-Datenschutz-Grundverordnung  
nur für Vereinszwecke verwendet, vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergege-  
ben.)**

Der monatliche Mindestbeitrag für Berufstätige beträgt 8,00 €, für Student\*innen, Rentner\*innen und Arbeits-  
lose 3,00 €. Darüber hinaus schlagen wir folgende Richtwerte zur Selbsteinschätzung vor: Assistenzärzt\*innen  
werden gebeten, 12 €/Monat zu zahlen, niedergelassene ÄrztInnen und angestellte Fachärzt\*nnen werden  
gebeten 20 €/Monat zu zahlen.

Ich bin bereit, einen monatlichen Beitrag von

\_\_\_\_\_ €

auf das unten genannte Konto des vdää zu überweisen.

Die Überweisung erfolgt

- jährlich
- halbjährlich
- vierteljährlich
- monatlich.

**Name:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Datum** \_\_\_\_\_

**Ort** \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_