



Email: [info@amedeu.de](mailto:info@amedeu.de)

### **Antrag zur AMD-Mitgliedschaft / Beitrittserklärung**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Aserbaidschanische Mediziner in Deutschland e.V.

Anrede:	
Titel:	
(*)Name:	
(*)Vorname:	
(*)Geburtsdatum:	
(*)Fachrichtung:	
(*)Adresse:	
(*)PLZ:	
(*)Bundesland:	
Telefon Privat:	Telefon Dienstl:
(*)Telefon Mobil:	(*)E-Mail:
(*)Ausbildung:  <input type="checkbox"/> Medizin-oder Zahnmedizinstudent(in) <input type="checkbox"/> Arzt/-Ärztin oder Zahnarzt/-Ärztin ohne Facharztausbildung <input type="checkbox"/> Facharzt/-Ärztin, Fachzahnarzt/-Ärztin <input type="checkbox"/> Wissenschaftler/in <input type="checkbox"/> Andere (bitte unten angeben):	(*)Anstellung:  <input type="checkbox"/> Assistenzarzt/-Ärztin, Assistenzzahnarzt/-Ärztin <input type="checkbox"/> Niedergelassene(r) Arzt/Ärztin oder Zahnarzt/-Ärztin <input type="checkbox"/> Klinikarzt/-Ärztin oder Klinikzahnarzt/-Ärztin <input type="checkbox"/> Oberarzt/-Ärztin <input type="checkbox"/> Chefarzt/-Ärztin <input type="checkbox"/> Im Ruhestand <input type="checkbox"/> Ohne ärztliche Einstellung <input type="checkbox"/> (Zahn-) Arzt/Ärztin in einem nicht-klinischen Bereich, und zwar in:
(*)Bitte zutreffendes ankreuzen: (gegebenenfalls keines, eines oder beides ankreuzen!)  <input type="checkbox"/> Ich bin aserbaidschanischer Herkunft <input type="checkbox"/> Ich bin ansässig in Deutschland	
(*)Datum: _____	
(*)Unterschrift: _____	

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Der aktuelle monatliche Mitgliedsbeitrag ist auf 10 Euro festgesetzt.

Eine monatliche oder jährliche Zahlweise ist möglich.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

- monatlich - 10 Euro
- jährlich - 120 Euro

Für Medizin- oder Zahnmedizinstudenten und –Studentinnen gilt zurzeit ein ermäßigerter Jahresbeitrag von 25 €. Hierfür muss eine aktuelle Studienbescheinigung vorgelegt werden.

Ich ermächtige den Verein AMD e.V. meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen:

Geldinstitut:	(*)IBAN:	BIC:
---------------	----------	------

Ich versichere die Richtigkeit der angegebenen Daten und werde jede Veränderung der oben genannten Angaben unverzüglich der Aserbaidschanische Mediziner in Deutschland e.V. mitteilen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

(*)Ort und Datum:	(*)Unterschrift:
-------------------	------------------