

# BEITRITTSERKLÄRUNG FÜR STUDENTEN

Berufsverband Deutscher Internisten e. V.,  
Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden,  
Tel.: 0611 18133-0, Fax: 0611 18133-50,  
www.bdi.de

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Internisten e.V.

zum\* 01. \_\_\_\_ 20\_\_\_\_ Wenn Sie sich rückwirkend anmelden, wird „DER INTERNIST“ nachgeliefert.  
TT. MM. JJJJ

Frau\*  Herr\* Titel: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum:\* \_\_\_\_\_

Name, Vorname:\* \_\_\_\_\_

Privatanschrift:\* \_\_\_\_\_

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

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Fax privat: \_\_\_\_\_

Telefon Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail:\* \_\_\_\_\_

Dienstinstitut (KH, MVZ...): \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich: \_\_\_\_\_ Fax dienstlich: \_\_\_\_\_

Telefon Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Voraussichtlicher Examenstermin: \_\_\_\_\_

## Jahresbeitrag\*

ja, ich werde BDI-Mitglied und akzeptiere hiermit die folgenden Bedingungen:

- Die Mitgliedschaft beträgt mindestens 2 Kalenderjahre und ist frühestmöglich unter Einhaltung der Kündigungsfrist im 2. Mitgliedsjahr kündbar.
- Die Mitgliedschaft ist im Beitrittsjahr kostenfrei.
- Der Mitgliedschaftsbeitrag beträgt ab dem 2. Jahr **EUR 50,00** jährlich.

ja, eine Kopie der aktuellen Immatrikulationsbescheinigung ist beigelegt

Ihre personenbezogenen Daten werden gemäß der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) für die Begründung und Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft erhoben und verarbeitet. Nähere Informationen hierzu finden Sie unter <https://www.bdi.de/ds-mitgliederinfo/>.

Datum:\* \_\_\_\_\_ Unterschrift:\* \_\_\_\_\_

\*Pflichtfeld