



**Vereinigung Alumni der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen e.V.**  
c/o: Dekanat der Medizinischen Fakultät, Hufelandstr. 55, 45147 Essen

## AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied in die Vereinigung Alumni der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen e.V. (AluMedEs).

Name/Titel: _____	Vorname: _____
Geb.-Datum: _____	Geb.-Ort: _____
Straße: _____	PLZ, Ort: _____
Telefon: _____	E-Mail: _____
Examen: _____ <i>Monat/Jahr</i>	Promotion: _____ <i>Monat/Jahr</i>
Habilitation: _____ <i>Monat/Jahr</i>	Fachgebiet/e: _____ _____

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich die Vereinigung „AluMedEs“, den Mitgliedsbeitrag in Höhe von 30,00 €/Jahr von meinem nachfolgend genannten Konto abzubuchen.

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Name und Ort der Bank: \_\_\_\_\_

*(Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Eine Zuwendungsbescheinigung zur Vorlage beim Finanzamt erhalten Sie zum Jahresende. Die u. g. Bankverbindung steht Ihnen auch für Überweisungen bzw. Spenden zur Verfügung.)*

In die Verwaltung meiner Daten mittels EDV unter Beachtung der Vorschriften des BDSG willige ich ein. Mit einer Veröffentlichung meines Namens in dem Mitgliederverzeichnis bin ich einverstanden. Die Satzung nebst Mitgliedsbescheinigung geht mir nach Eingang des Aufnahmeantrages zu.

Ort/Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_