

**Antrag auf Mitgliedschaft in der
Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) e.V.
– Anmeldeformular –**

Hiermit stelle ich den Antrag auf Mitgliedschaft in der GMA. Ich habe die Satzung der GMA und die dort formulierten Rechte und Pflichten für Mitglieder der GMA zur Kenntnis genommen.

Ich bin mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden

Ich ermächtige die GMA (jederzeit widerruflich), den Mitgliedsbeitrag per SEPA-Lastschrift von meinem Konto einzuziehen: Ja Nein

Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Jahr:

Für ärztliche und sonstige Mitglieder: € 90 Für Vollzeit-Studierende: € 0
(Kopie der Immatrikulationsbescheinigung beifügen)

Für juristische Personen:

Einrichtungen bis 100 Personen	€	300
bis 500 Personen	€	800
mehr als 500 Personen	€	1500

Name:

Vorname:

Titel:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ und Ort:

Telefon:

Telefax:

eMail:

Bankverbindung:

IBAN:

BIC:

Unterschrift:

Bitte per Telefax **+49 (0)9131/92634-68** oder als Anhang an eine Email an die

Geschäftsstelle der GMA:

Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA)

Beate Hespelein

Henkestr. 91

91052 Erlangen

Tel.: +49 (0)9131/92634-09

eMail: kontakt@gma-dach.org