ALUMNI-*med*.Erlangen e.V.

Alumni-Verein der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

BEITRITTSERKLÄRUNG

zur Ordentlichen Mitgliedschaft gemäß der Satzung des Vereins

Titel | Vorname | Name

Straße | PLZ | Ort

Telefon | E-Mail

Ich bin

- ☐ PJ-Student;
- ☐ ehem. Student;
- ☐ Doktorand;
- ☐ ehm. Doktorand;
- ☐ angestellter Arzt;
- ☐ niedergelassener Arzt;
- ☐ Wissenschaftler;
- ☐ Wissenschaftler i.R.;
- ☐ ärztl. Mitarbeiter;
- ☐ ehm. ärztl. Mitarbeiter;
- ☐ Professor;
- ☐ Professor i. R.;
- ☐

Fachgebiet

Ich bin an der FAU seit

Ich war an der FAU von bis

Mit der Mitgliedschaft im Alumni-med. Erlangen e.V. sind Sie ebenfalls Mitglied im Alumni-Netzwerk der Friedrich-Alexander-Universität. Falls Sie das NICHT wünschen, teilen Sie uns das bitte gesondert mit.

Ich bin einverstanden, dass meine Daten in der elektronischen Alumni-Datenbank des Alumni-med. Erlangen e.V. und im Alumni-Netzwerk gespeichert und für den Zweck der Alumni-Arbeit verwendet werden. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Gewünschte Zahlungsart: ☐ SEPA-Lastschrift ☐ Rechnung

Ort, Datum, Unterschrift

08.11.2017