



BEITRITTSERKLÄRUNG

**Ich erkläre meinen Beitritt zum Saarländischen Ärzte-Syndikat,
Ärzteverband des Saarlandes:**

Name, Vorname:

Titel u. Gebietsbezeichnung:

Geburtsdatum und -ort:

Wohnanschrift:

Tätigkeitsort:

Telefon / Telefax:

E-Mail-Adresse:

Beitragsgruppe A – € 125,00 / Jahr:

Niedergelassene Ärztinnen u. Ärzte

Beitragsgruppe B – € 125,00 / Jahr:

Leitende Krankenhausärztinnen und Ärzte

Beitragsgruppe C – € 65,00 / Jahr:

Ärztinnen und Ärzte im Ruhestand

Beitragsgruppe D – € 75,00 / Jahr:

Beamtete und angestellte Ärztinnen und Ärzte

Beitragsgruppe E – € 35,00 / Jahr:

Nicht berufstätige Ärztinnen und Ärzte

Beitragsgruppe F – € 0,00 / Jahr:

Medizinstudenten

Ort, Datum

Unterschrift

Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand.