

Verband der Medizin- und
Wissenschaftsjournalisten e. V.
Geschäftsstelle
Tiefer Weg 61
70599 Stuttgart

Telefon: 0711-658455-92
Telefax: 0711-658455-93
E-Mail: info@vmwj.de

Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme in den Verband der Medizin- und Wissenschaftsjournalisten e. V.

Titel / Vorname / Name _____
Geburtsdatum / -ort _____
Staatsangehörigkeit _____
Straße / Hausnummer _____
PLZ / Wohnort _____
Telefon / Telefax _____
E-Mail / Homepage _____

Ich bin **hauptberuflich** / **nebenberuflich** tätig als

Herausgeber/in **Redakteur/in** **Medizinjournalist/in** **Wissenschaftsjournalist/in**

mit regelmäßiger medizinischer, wissenschaftlicher oder gesundheitspolitischer Berichterstattung.

selbständig **angestellt** → bitte Arbeitgeber/Verlag angeben: _____

Bei nebenberuflicher Tätigkeit: Im Hauptberuf bin ich tätig als: _____

Ich publiziere regelmäßig in folgenden Medien: _____

Bitte fügen Sie drei konkrete Beispiele für Ihre medizin- bzw. wissenschaftsjournalistische Tätigkeit bei
(gerne auch als Hyperlink).

Bitte Antrag in Maschinenschrift oder Druckbuchstaben ausfüllen!

Frühere bzw. weitere journalistische Tätigkeiten: _____

Ich möchte Mitglied im VMWJ werden weil... _____

Weitere Angaben für die Mitgliederverwaltung:

Ausbildung / Studium / Abschluss: _____

Weiterbildung (Fach, Orte): _____

Lehrtätigkeit: _____

Auslandstätigkeiten:
(Länder, Sprachkenntnisse) _____

Schwerpunkte und Spezialgebiete der journalistischen Tätigkeit (bitte ankreuzen)

1. Schwerpunkte der medizin- bzw. wissenschaftsjournalistischen Tätigkeit:

- Fachmedien Print TV Hörfunk Online
 Publikumsmedien

2. Spezialgebiete: (Bitte geben Sie maximal 3 Gebiete an)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Allgemeinmedizin | <input type="radio"/> Kinderheilkunde | <input type="radio"/> Krankenhauswesen |
| <input type="radio"/> Laboratoriumsmedizin /
Klinische Chemie | <input type="radio"/> Pharmakologie /
Pharmakotherapie | <input type="radio"/> Physikalische / Rehabilitative
Medizin |
| <input type="radio"/> Chirurgie | <input type="radio"/> Arbeits- / Sozialmedizin | <input type="radio"/> Präventivmedizin |
| <input type="radio"/> Ernährungsmedizin | <input type="radio"/> Medizinische Ethik | <input type="radio"/> Praxisökonomie |
| <input type="radio"/> Gesundheitsökonomie /
-politik | <input type="radio"/> Qualitätssicherung /
-management | <input type="radio"/> Humangenetik /
Medizinische Genetik |
| <input type="radio"/> Gynäkologie | <input type="radio"/> Medizintechnik | <input type="radio"/> Medizinische Informatik |
| <input type="radio"/> HNO-Heilkunde | <input type="radio"/> Naturheilverfahren | <input type="radio"/> Rechtsmedizin |
| <input type="radio"/> Public Health | <input type="radio"/> Naturwissenschaften | <input type="radio"/> Reise-/Flug-/Tropenmedizin |
| <input type="radio"/> Hygiene-/Umweltmedizin | <input type="radio"/> Notfallmedizin | <input type="radio"/> Sportmedizin |
| <input type="radio"/> Innere Medizin
(z. B. Kardiologie) | <input type="radio"/> Neurologie/Psychiatrie/
Psychotherapie | <input type="radio"/> Intensivmedizin |
| <input type="radio"/> Sonstige (bitte angeben): | _____ | _____ |

WICHTIG: Bitte senden Sie uns ein **Foto** in digitaler Form für den Mitgliedsausweis zu (Format: jpg, eps, tif, Auflösung 300 dpi) per E-Mail an info@vmwj.de.
Oder senden Sie uns ein Passbild per Post, das wir einscannen können.

- Foto per E-Mail Foto per Post kein Foto gewünscht

Datenschutzhinweis:

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung Ihre oben gemachten Angaben in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Erklärung des Antragstellers:

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner oben genannten personenbezogenen Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Ich habe die Satzung des VMWJ gelesen und anerkannt. Mit Aufnahme in die Vereinigung akzeptiere ich die Veröffentlichung meiner Daten im mitgliederinternen, passwortgeschützten Bereich. Im öffentlich zugänglichen Bereich werden Name und Wohnort genannt.

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweise:

Für Ihre Mitgliedschaft ist die Erteilung einer **Lastschriftinzugs-Ermächtigung** verbindlich. Bitte füllen Sie daher unbedingt auch das anhängende Formular „**SEPA-Lastschriftmandat**“ komplett aus.

Nach Vorstandsgenehmigung und Ausstellung des Mitgliedsausweises werden zur Zahlung per Lastschrift fällig:

Aufnahmegebühr:	100,00 €
Jahresbeitrag (für das laufende Jahr):	45,00 €

(Stand 05/2018)

An den
Verband der Medizin- und
Wissenschaftsjournalisten e. V.
Tiefer Weg 61
70599 Stuttgart

Gläubiger-Identifikationsnummer des VMWJ: DE80 ZZZO 0000 8685 22
Mandatsreferenz: VMWJ BEITRAG + Mitgliedsnummer

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verband der Medizin- und Wissenschaftsjournalisten e.V. (VMWJ), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VMWJ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Name Kreditinstitut

_____|_____
BIC Kreditinstitut

DE_____|_____|_____|_____|_____|_____
IBAN Kreditinstitut

Datum, Ort und Unterschrift