

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).

Frühere bzw. weitere journalistische Tätigkeiten: _____

Ich möchte Mitglied im VMWJ werden weil... _____

Ich habe die Satzung 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

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): _____ | _____ | _____ |

Bitte senden Sie uns ein **Foto** in digitaler Form für den Mitgliedsausweis zu (Format: jpg, eps, tif, Auflösung 300 dpi) oder ein Passbild, das wir einscannen können.

Nach Vorstandsgenehmigung und Ausstellung des Mitgliedsausweises werden zur Zahlung fällig:

Aufnahmegebühr € 100,00
Jahresbeitrag € 45,00 (Stand 04/2015)

Bitte überweisen Sie den Gesamtbetrag nach Vorstandsgenehmigung Ihrer Aufnahme auf unser Konto bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank:

Konto-Nr.: 000 680 3148 BIC: DAAEDEDXXX
BLZ: 300 606 01 IBAN: DE22 3006 0601 0006 8031 48

Für Ihre Mitgliedschaft ist ferner **Lastschrift** verbindlich.
Bitte füllen Sie daher unbedingt auch das anhängende Formular „**SEPA-Lastschriftmandat**“ aus.

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

Gläubiger-Identifikationsnummer des VMWJ: DE80 ZZZ0 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

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE _____
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift