



Vereinigung 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 die Vere | einigung der Medizin- und Wis | senschaftsjournalisten e. V. |
|---|-------------------------------|-------------------------------------|
| Titel / Vorname / Name | | |
| Geburtsdatum / -ort | | |
| Staatsangehörigkeit | | |
| Straße / Hausnummer | | |
| PLZ / Wohnort | | |
| Telefon / Telefax | | |
| E-Mail / Homepage | | |
| Ich bin O hauptberuflich / O nebenbe | eruflich tätig als | |
| O Herausgeber/in O Redakteur/in | O Medizinjournalist/in | O Wissenschaftsjournalist/in |
| mit regelmäßiger medizinischer, wissen | schaftlicher oder gesundheits | politischer Berichterstattung. |
| O selbständig O angestellt → bitte A | Arbeitgeber/Verlag angeben: _ | - |
| Bei nebenberuflicher Tätigkeit: Im Haup | otberuf bin ich tätig als: | |
| Ich publiziere regelmäßig in folgenden I | Medien: | |
| Bitte fügen Sie drei konkrete Beispiele f (gerne auch als Hyperlink). | ür Ihre medizin- bzw. wissens | chaftsjournalistische Tätigkeit bei |
| | | |

| Frühere bzw. weitere journalistische Tätigkeiten: | | | | |
|--|-----------------------------------|---|--|--|
| Ich möchte Mitglied in der VMV | /J werden weil | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Weitere Angaben für die Mitg | liederverwaltung: | | | |
| Ausbildung / Studium / Abschlu | ss: | | | |
| Weiterbildung (Fach, Orte): | | | | |
| Lehrtätigkeit: | | | | |
| Auslandstätigkeiten: (Länder, Sprachkenntnisse) | | | | |
| Schwerpunkte und Spezialge | biete der journalistischen Tätigk | ceit (bitte ankreuzen) | | |
| 1. Schwerpunkte der medizin | - bzw. wissenschaftsjournalistis | chen Tätigkeit: | | |
| O Fachmedien O Publikumsmedien | O Print O TV O Hörfunk | O Online | | |
| 2. Spezialgebiete: (Bitte geber | n Sie maximal 3 Gebiete an) | | | |
| O Allgemeinmedizin | O Kinderheilkunde | O Krankenhauswesen | | |
| O Laboratoriumsmedizin / | O Pharmakologie / | O Physikalische / Rehabilitative | | |
| Klinische Chemie | Pharmakotherapie | Medizin | | |
| O Chirurgie | O Arbeits- / Sozialmedizin | Präventivmedizin | | |
| O Ernährungsmedizin | O Medizinische Ethik | O Praxisökonomie | | |
| O Gesundheitsökonomie / | O Qualitätssicherung / | O Humangenetik / | | |
| -politik | -management | Medizinische Genetik | | |
| O Gynäkologie | O Medizintechnik | Medizinische Informatik | | |
| O HNO-Heilkunde | O Naturheilverfahren | O Rechtsmedizin | | |
| O Public Health | O Naturwissenschaften | O Reise-/Flug-/Tropenmedizin | | |
| O Hygiene-/Umweltmedizin | O Notfallmedizin | O Sportmedizin | | |
| O Innere Medizin | O Neurologie/Psychiatrie/ | O Intensivmedizin | | |
| (z. B. Kardiologie) | Psychotherapie | | | |
| ○ Sonstige (bitte angeben): | | | | |
| eps, tif, Auflösung 300 dpi) per | | Mitgliedsausweis zu (Format: jpg, önnen. | | |
| O Foto per E-Mail | O Foto per Post | O 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 der 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 **Lastschrifteinzugs-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): 55,00 €

(Stand 04/2024)



An die Vereinigung 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 die Vereinigung 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 _ _ _ _ _ _ _ _ BAN Kreditinstitut | |
| | |
| Datum, Ort und Unterschrift | |