



Antrag auf Mitgliedschaft

اللقب الوظيفي : Titel:

الاسم و اللقب : Name und Vorname:

العنوان: Adresse:

العمل الحالى: aktueller Arbeitsort:

E-Mail:

رقم هاتف العمل : | رقم الهاتف : Tel.-Nr. : Privat:

المنصب الوظيفي: berufliche Position (Dienststellung):

المؤهل الوظيفي: Weiterbildung (WB) und Qualifikation:

- Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der o. g. Angaben und beantrage die Mitgliedschaft beim DJAEV „Deutsch-Jemenitischer Ärzteverein e. V.“. انا أقر بأن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة، و اتقدم بطلب العضوية لدى اتحاد الاطباء الالمانى اليمنى DJAEV e.V.
 - Ich erkenne die Vereinssatzung und weitere Ordnungen des Vereins mit meiner Unterschrift an und bin bereit, den geltenden Mitgliedsbeitrag jährlich bis zum 31.03 zu bezahlen. التزم انا الموقع ادناه بالقانون الداخلى للاتحاد و اوافق عليه و على استعداد لدفع رسوم الاشتراك السنوي للاتحاد حتى نهاية شهر مارس من كل عام.
- Vereinssatzung ist unter <http://djaev.org/index.php/ueber-djaev-ev/satzung> zu lesen
يمكن الاطلاع على القانون الداخلى للاتحاد عن طريق هذا الرابط

• Mein Profil darf auf die Homepageliste eingetragen werden <small>اسمح بوضع معلومات عنى في صفحة الاتحاد الالكترونية</small>	نعم Ja	لا Nein
• mein E- Mail-Adresse darf auf der Homepageliste veröffentlicht werden <small>اسمح بظهور بريدي الالكترونى في صفحة الاتحاد الالكترونية</small>	نعم Ja	لا Nein
• Meine Telefonnummer darf auf der Homepageliste veröffentlicht werden <small>اسمح بظهور رقم هاتفى في صفحة الاتحاد الالكترونية</small>	نعم Ja	لا Nein
• Ich werde an den automatischen Einzugsermächtigung teilnehmen (falls ja, bitte die Einzugsermächtigung auf der 2. Seite ausfüllen) <small>انا افوض الاتحاد بسحب مبلغ الاشتراك السنوي للاتحاد من حسابى البنكي , الرجاء اذا كان الاختيار نعم , قم بتعبئة الصفحة الثانية !</small>	نعم Ja	لا Nein

Ort und Datum: Unterschrift:

المكان و التاريخ التوقيع



Einzugsermächtigung

Bankverbindung

Kontoinhaber: DJAEV e. V. Deutsche Kreditbank AG
IBAN: DE22 120 30000 1020 48 47 45 BIC: BYLADEM1001

Der aktuelle Jahresbeitrag für ordentliche Mitglieder beträgt derzeit 100 € für Assistenzärzte, 150 € für Oberärzte und Chefarzte, Gastärzte oder ähnliches 20 €.
Der Jahresbeitrag wird bei der Mitgliedsversammlung jährlich neu festgelegt.

مبلغ الاشتراك السنوي للاعضاء هو 100 € للاطباء و 150 € لكبار الاطباء و رؤساء الاطباء, مبلغ الاشتراك السنوي للاطباء الضيوف و غيرهم هو 20 €.

Beitragseinstufung: تصنيف مبلغ الاشتراك

<input type="checkbox"/> ordentliches Mitglied Oberarzt / Chefarzt	150 €
<input type="checkbox"/> ordentliches Mitglied عضو	100 €
<input type="checkbox"/> ordentliches Mitglied (mit Ermäßigung , z.B. Gastarzt) تخفيض للاطباء الضيوف و غيرهم	20 €
<input type="checkbox"/> Student طالب	0 €
<input type="checkbox"/> Ehrenmitglied عضوية فخرية	0 €

Einzugsermächtigung (nur mit deutscher Bankverbindung möglich!) فقط بنك داخل المانيا

Hiermit ermächtige ich den DJAEV e.V., den Jahresbeitrag von meinem Konto einzuziehen.
(Diese Ermächtigung hat solange Gültigkeit, bis ich sie dem DJAEV gegenüber schriftlich widerrufe)

Bank: BLZ: Konto-Nr:

Ort und Datum: Name des Kontoinhabers:

المكان و التاريخ

اسم مالك الرصيد البنكي

Unterschrift:
التوقيع

Adresse:

Deutsch-Jemenitischer
Ärzteverein e.V. DJAEV
Postfach: 652023
13315 Berlin

Webseite: www.djaev.org
Facebook: [djaev.jemen](https://www.facebook.com/djaev.jemen)
eMail: djaev.org@gmail.com

معلومات الحساب البنكي :
مالك الرصيد: DJAEV e. V.
اسم البنك: Deutsche Kreditbank AG
BIC: BYLADEM1001
IBAN: DE22 120 30000 1020 48 47 45