

An den  
Deutschen Anwaltverein e. V.  
- ARGE Medizinrecht -  
Littenstr. 11  
10179 Berlin  
per Fax: 0 30 / 72 61 53 175

Kanzleistempel

## Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur **Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im Deutschen Anwaltverein**.

\_\_\_\_\_  
(Name) (Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Kanzleiname)

\_\_\_\_\_  
(Kanzleianschrift: Straße, PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
(Telefon) (Telefax)

\_\_\_\_\_  
(E-Mail-Adresse) (Homepage-Domain)

\_\_\_\_\_  
(Gerichtsfach) (Erstzulassungsdatum) (Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Fachanwaltschaften, max. 3)

Ich möchte folgender Arbeitsgruppe der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im Deutschen Anwaltverein angehören (**Bitte maximal 3 Arbeitsgruppen ankreuzen!**).

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arzneimittel-/Medizinprodukte-/Apothekenrecht | <input type="checkbox"/> Krankenhausrecht               |
| <input type="checkbox"/> Arzthaftungsrecht                             | <input type="checkbox"/> Leistungs- und Vergütungsrecht |
| <input type="checkbox"/> Arztstrafrecht                                | <input type="checkbox"/> Vertragsarztrecht              |
| <input type="checkbox"/> Berufsrecht                                   | <input type="checkbox"/> Vertragsgestaltung             |

Mitglied im: \_\_\_\_\_  
(Name des örtlichen Anwaltvereins\*)

Ich erkläre meinen Beitritt zum: \_\_\_\_\_  
(Name des örtlichen Anwaltvereins\*)

**(\*Hinweis: Die Mitgliedschaft in einem dem DAV angeschlossenen örtlichen Anwaltverein ist für die Mitgliedschaft in einer Arbeitsgemeinschaft des DAV obligatorisch)**

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Geschäftsordnung der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im Deutschen Anwaltverein an. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 75 € je Geschäftsjahr. Erfolgt der Beitritt erstmals nach dem 30.06., ermäßigt sich der Mitgliedsbeitrag für das Beitrittsjahr auf die Hälfte des Jahresbeitrages.

Gleichzeitig ermächtige ich den Deutschen Anwaltverein e. V. widerruflich, den zu entrichtenden Jahresbeitrag bei Beginn des Kalenderjahres zu Lasten meines Kontos

Nr. \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

abweichender Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

mittels Lastschrift einzuziehen.

\_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum) (Unterschrift)