



BUNDESVERBAND
DER BELEGÄRZTE UND
BELEGKRANKENHÄUSER

BdB e. V. Joachim-Karnatz-Allee 7 10557 Berlin

Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser (BdB e. V.)
Joachim-Karnatz-Allee 7
10557 Berlin

oder per E-Mail an buero@bundesverband-belegaerzte.de

Ja, ich möchte Mitglied des BdB e. V. werden.

Praxisanschrift	
Titel, Vorname, Name: _____	
Praxis/Firma: _____	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ, Ort: _____	
Fachrichtung: _____	
E-Mail: _____	
Homepage: _____	
Tel.: _____ Fax: _____	
Privatanschrift	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ, Ort: _____	
E-Mail: _____	
Tel.: _____ Fax: _____	
Information zum Mitgliedsbeitrag	
Ordentliches Mitglied	360 EURO/Jahr
Passives Mitglied	80 EURO/Jahr
Einmalige Aufnahmegebühr	20 EURO

Das Mitglied willigt mit seinem Beitritt zum Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser e. V. in die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und gegebenenfalls Weitergabe seiner Daten ein, nur soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben des Verbandes erforderlich ist (§ 28 BDSG). Der BdB sichert absolute Vertraulichkeit und Sicherheit der von ihm verwalteten Daten zu.

Ort, Datum

Unterschrift

BdB e. V. Joachim-Karnatz-Allee 7 10557 Berlin

Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser (BdB e. V.)
Joachim-Karnatz-Allee 7
10557 Berlin

oder per E-Mail an buero@bundesverband-belegaerzte.de

SEPA-Lastschriftmandat	Mandatsreferenz: (wird von der Geschäftsstelle eingetragen)
Titel; Name; Vorname: _____	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ; Ort: _____	
Kreditinstitut: _____	
IBAN: DE ____ ____ ____ ____ ____ ____	
BIC: _____	

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE98 ZZZ 09 999 999 999

Hiermit ermächtige ich den Bundesverband der BdBe. V. die wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, den BdBe. V. auf mein Konto gezogene Lastschrift 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.

Ort, Datum

Unterschrift