



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, wir möchten Mitglied im Bundesverband der Belegärzte und
Belegkrankenhäuser (BdB e. V.) werden.

Krankenhausanschrift
Firma: _____
Vertreter/Bevollmächtigte Person: _____
Straße; Haus-Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
E-Mail: _____
Homepage: _____
Tel.: _____ Fax: _____

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

Anschrift Vertreter/Bevollmächtigte Person	
Straße; Haus-Nr.: 	
PLZ, Ort: 	
E-Mail:	
Tel.: Fax:	
Information zum Mitgliedsbeitrag	
Ordentliches Mitglied Krankenhaus	1.300 EURO/Jahr

Das Mitglied willigt mit seinem Beitritt zum BdB 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

☐ **Ja**, wir überweisen die jährlich wiederkehrenden Mitgliedsbeiträge auf folgendes Konto:

Kontoinhaber: Bundesverband der Belegärzte e. V.

Bank: Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG

IBAN: DE26 3006 0601 0002 0849 96

BIC: DAAEDEDXXX

☐ **Ja**, wir erteilen für die wiederkehrenden Mitgliedsbeiträge eine Einzugsermächtigung:

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

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE98 ZZZ 09 999 999 999

Hiermit ermächtigen wir den BdB e. V. die wiederkehrenden Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir mein Kreditinstitut an, den BdB e. V. auf unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift