

Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Berufsverband der Deutschen Chirurgen
Bitte füllen Sie alle Pflichtfelder aus, diese sind mit * gekennzeichnet.

Name* _____
Vorname* _____ Geschlecht* männlich weiblich
Akad. Grad* _____ Geb.-Datum* _____
Einheitliche Fortbildungsnummer Ihrer Ärztekammer (EFN)*: _____

Berufliche Position*

Chefarzt niedergelassener Chirurg Oberarzt Assistenzarzt Sonst. seit: _____

Weiterbildung und Qualifikationen

Ich befinde mich in der Weiterbildung zum Facharzt für:

Chirurgie Kinderchirurgie Herzchirurgie Plastische Chirurgie seit: _____

Ich bin Facharzt für:

Chirurgie Kinderchirurgie Herzchirurgie Plastische Chirurgie
seit: _____ seit: _____ seit: _____ seit: _____

Ich befinde mich in der Weiterbildung zum Schwerpunkt für:

Gefäßchirurgie Unfallchirurgie Viszeralchirurgie Thoraxchirurgie seit: _____

Ich habe folgende Schwerpunkte erworben:

Gefäßchirurgie Unfallchirurgie Viszeralchirurgie Thoraxchirurgie
seit: _____ seit: _____ seit: _____ seit: _____

Dienstanschrift*

Klinik/Praxis _____
Abteilung _____
Straße _____ Telefon _____
PLZ _____ Fax _____
Ort _____ eMail _____

Privatanschrift*

Straße _____ Telefon _____
PLZ _____ Fax _____
Ort _____ eMail _____

Beitragszahlung

Ich ermächtige den BDC, den Jahresbeitrag von meinem Konto einzuziehen:

Konto-Nr.: _____ BLZ: _____
Kreditinstitut/Bank: _____

Ich werde den Jahresbeitrag nach Erhalt der Rechnung überweisen.

Laut Satzung des BDC entspricht das Geschäftsjahr dem Kalenderjahr. Mitgliedsbeitrag und Versicherungsprämie werden jeweils für den Zeitraum vom 01.01. bis 31.12. eines Jahres erhoben. Dies gilt auch, wenn der Beitritt zum BDC erst gegen Jahresende erfolgt.

Datum _____ Unterschrift* _____