

# BDA-AUFNAHMEANTRAG

Bitte in Maschinen- oder Blockschrift ausfüllen!



Bitte senden oder faxen Sie den vollständig ausgefüllten Antrag an die BDA-Mitgliederverwaltung:

Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V.  
c/o MCN Medizinische Congress-  
organisation Nürnberg AG  
Neuwieder Str. 9  
D-90411 Nürnberg

### Bei Fragen:

Mitgliederverwaltung  
Tel: 0911 – 39316 - 23; - 26  
Fax: 0911 – 39316 - 58  
E-Mail: bda@bda-mitglieder.de

Ich beantrage meine Aufnahme in den **Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA)** als

- Facharzt für Anästhesiologie**                       **Arzt in Weiterbildung in der Anästhesiologie**  
 **ab sofort (bei vollem Jahresbeitrag)**                       **ab dem 1. Januar kommenden Jahres**

**Mitglied der DGAI**                       nein                       ja, seit \_\_\_\_\_, Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

### Persönliche Angaben:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Akad. Titel \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Geb.-Ort \_\_\_\_\_

### Privatanschrift:

Straße/Haus-Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

### Gewünschte Zahlungsweise:

- Überweisung  
 Bankeinzug (nur innerhalb Deutschlands)

Hiermit beauftrage ich den BDA widerruflich die Jahresbeiträge bei Fälligkeit von folgendem Konto einzuziehen.

BLZ \_\_\_\_\_ Geldinstitut \_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_ Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

# BDA-AUFNAHMEANTRAG

Bitte in Maschinen- oder Blockschrift ausfüllen!

## Dienstanschrift:

Dienststelle	Abteilung
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Telefon/Fax	Email

## Berufliche Stellung:

- Assistenzarzt       Oberarzt       Chefarzt       Honorararzt  
 Niedergelassener Arzt, seit \_\_\_\_\_       Sonstige \_\_\_\_\_

## Umfang der beruflichen Tätigkeit:

- Vollzeit mit durchschnittlicher Wochenarbeitszeit von \_\_\_\_\_  
 Teilzeit\* mit durchschnittlicher Wochenarbeitszeit von \_\_\_\_\_  
 Nicht/nicht mehr beruflich tätig, Grund: \_\_\_\_\_  
 Sonstige \_\_\_\_\_

\* Reduzierter Beitrag bei Teilzeitbeschäftigung von max. 50% auf Antrag und gegen Nachweis (Kopie des Arbeitsvertrages, Erklärung)

## Qualifikation:

Zusatzqualifikation: \_\_\_\_\_  
Sonstige: \_\_\_\_\_

- Ich stimme der Veröffentlichung meiner dienstlichen Adressdaten im geschlossenen Mitgliederbereich auf der Homepage des BDA zu.

**Mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung dieser Daten gem. BDSG im Rahmen der satzungsmäßigen Aufgaben des BDA bin ich einverstanden.**

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Antragstellers \_\_\_\_\_

Die Angabe und Unterschrift der Bürgen entfällt, wenn der Antragssteller ein DGAI-Mitglied ist. Ansonsten ist die Unterschrift zweier Bürgen, die ordentliche Mitglieder des BDA sind, erforderlich.

Hiermit bestätige ich (Bürge) die Richtigkeit der Angaben in diesem Antragsformular.

Name, Vorname \_\_\_\_\_ BDA-Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_ Unterschrift des Bürgen \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich (Bürge) die Richtigkeit der Angaben in diesem Antragsformular.

Name, Vorname \_\_\_\_\_ BDA-Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_ Unterschrift des Bürgen \_\_\_\_\_