

BDA-AUFNAHMEANTRAG

Bitte in Maschinen- oder Blockschrift ausfüllen!



Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Antrag im Original an die BDA-Mitgliederverwaltung:

BDA Mitgliederverwaltung
c/o MCN Medizinische Congress-
organisation Nürnberg AG
Neuwieder Str. 9
D-90411 Nürnberg

Bei Fragen:
Mitgliederverwaltung
Tel: 0911 – 39316 - 23; -10
Fax: 0911 – 39316 - 58
E-Mail: bda@bda-mitglieder.de

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Facharzt für Anästhesiologie | <input type="checkbox"/> Arzt in Weiterbildung in der Anästhesiologie |
| <input type="checkbox"/> ab sofort (bei vollem Jahresbeitrag) | <input type="checkbox"/> ab dem 1. Januar kommenden Jahres |
| <input type="checkbox"/> Mitglied der DGAI seit _____ | Mitgliedsnummer _____ |

Persönliche Angaben:

Name _____ Vorname _____

Akad. Titel _____ Geb.-Datum _____ Geb.-Ort _____

Privatanschrift:

Straße/Haus-Nr. _____ PLZ/Ort _____

Telefon/Fax _____ Email _____

Gewünschte Zahlungsweise:

- Überweisung**
- SEPA-Basis-Lastschriftmandat** (nur innerhalb Deutschlands)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE27ZZZ00000588370 / Mandatsreferenz WIRD SEPARAT MITGETEILT

Ich ermächtige den BDA, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BDA auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich bin einverstanden, dass ich sieben Tage vor dem Fälligkeitstermin der Zahlung über die Abbuchung vom BDA informiert werde.

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.

Vorname und Nachname des Kontoinhabers _____

Kreditinstitut _____ BIC _____

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Datum, Ort _____ 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:

vorauss. Zeitpunkt d. Facharztanerkennung _____

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 _____