

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

### Persönliche Angaben:

m  w  d (Angabe freiwillig)

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
-----------	---------------------------------

### Gender-Hinweis

Allein aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher, weiblicher und weiterer Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechterformen. Dies impliziert keinesfalls eine Benachteiligung der jeweils anderen Geschlechter, sondern ist als geschlechtsneutral zu verstehen.