

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 GmbH
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 Anesthesiologie | <input type="checkbox"/> Arzt in Weiterbildung in der Anesthesiologie |
| <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:

m w d (Angabe freiwillig)

Name		Vorname	
Akad. Titel		Geb.-Datum	Geb.-Ort

Privatanschrift:

Straße/Haus-Nr.		PLZ/Ort
Telefon/Fax	Private E-Mail-Adresse (wird benötigt für den Rechnungsversand)	

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 ____ ____ ____ ____ ____ ____	

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:

- Arzt in Weiterbildung Facharzt 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. DSGVO 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.