

Der BVDH e.V. soll mich postalisch (z.B. für Beitragsrechnungen) über folgende Anschrift kontaktieren:

- meine private Anschrift
- meine dienstliche Anschrift

Qualifikation

- Facharzt/Fachärztin für Humangenetik
- Fachhumangenetiker/Fachhumangenetikerin
- Facharzt/Fachärztin mit/ohne Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik
Fachgebiet:
- Arzt/Ärztin in der Weiterbildung zum FA/FÄin für Humangenetik
- Naturwissenschaftler/Naturwissenschaftlerin in der Weiterbildung zum Fachhumangenetiker/in
- Fachwissenschaftler/Fachwissenschaftlerin mit Schwerpunkt Humangenetik
Fachgebiet:
- Wissenschaftler/Wissenschaftlerin mit Fachrichtung:

Bürgen

Bitte benennen Sie zwei Bürgen, die bereits ordentliche Mitglieder des BVDH sind und mit Ihrer Unterschrift Ihren Antrag auf Mitgliedschaft befürworten.

1. Bürge 2. Bürge

Anschrift / Stempel

Anschrift / Stempel

Unterschrift

Unterschrift

.....

.....

Sektionszuordnung

Ordnen Sie sich bitte einer der folgenden Sektionen zu:

- Fachärzte/Fachärztinnen in der Niederlassung [Sektion 1]
- Ärzte/Ärztinnen in der Weiterbildung in Niederlassung [Sektion 1]
- Fachärzte/Fachärztinnen in der
Universität/wissenschaftlichen Einrichtung [Sektion 2]
- Ärzte/Ärztinnen in der Weiterbildung in
Universität/wissenschaftlicher Einrichtung [Sektion 2]
- FachhumangenetikerInnen in der Niederlassung [Sektion 3]
- NaturwissenschaftlerInnen in der Weiterbildung in Niederlassung [Sektion 3]
- FachhumangenetikerInnen in der Universität/wissenschaftlichen Einrichtung [Sektion 4]
- NaturwissenschaftlerInnen in der Weiterbildung in Universität/wissenschaftlicher Einrichtung [Sektion 4]

Beitragssätze

- 20,- Ärzte/Ärztinnen und NaturwissenschaftlerInnen in der Weiterbildung, befristet auf 5 Jahre
- 169,- Jahresbruttoeinkommen bis 100.000 Euro
- 350,- Jahresbruttoeinkommen über 100.000 Euro
- 100,- Mitglieder im Ruhestand
- 200,- außerordentliche Mitglieder

SEPA- Lastschriftmandat

BVDH e.V., Liniestraße 127, 10115 Berlin
Gläubiger-ID DE41ZZZ00000361817
Mandatsreferenz 160 559 BV 8

Ich ermächtige den BVDH e.V., meinen Jahresbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BVDH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

.....
Name & Anschrift des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin

.....
Konto-Nummer

.....
Bankleitzahl

.....
Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: DE

BIC:

.....
Unterschrift (für Lastschriftmandat)

Qualifikationen

Um Ihre Interessen, insbesondere durch die Bildung von BVDH-Länderkommissionen, wirksamer vertreten zu können, bitten wir Sie um folgende Angaben:

Besondere Qualifikationen

- Fachkunde:
- Fakultative Weiterbildung in:
- Zusatzbezeichnung:

Weiterbildungsbefugnis

- auf dem Gebiet:
- In fakultativer Weiterbildung in:

Anerkennung für weitere Facharztbezeichnungen (bitte ankreuzen / ausfüllen)

- Gynäkologie
- Pädiatrie
- Neurologie
- Sonstiges
- Zuständige Landesärztekammer
- Zuständige Bezirksärztekammer
- Zuständige KV-Landesstelle
- Zuständige KV-Bezirksstelle

Ich bin mit der Veröffentlichung der Kontaktdaten meiner Dienstanschrift im BVDH-Intranet einverstanden. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit gegenüber dem BVDH widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass der BVDH mich betreffende personengebundene Daten für die Erfüllung seiner Verbandsaufgaben erfasst, speichert und verarbeitet. Ich bin außerdem damit einverstanden, dass der BVDH mir Informationen elektronisch, postalisch, per Fax oder telefonisch zukommen lässt. Diese Einwilligung kann ich, auch in Teilen, jederzeit widerrufen.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift