



## 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 vier Sektionen zu.

- Fachärzte und Ärzte in der Weiterbildung in der Niederlassung
- Fachärzte und Ärzte in der Weiterbildung in der Universität/wissenschaftlichen Einrichtung
- Fachhumangenetiker und Naturwissenschaftler in der Weiterbildung in der Niederlassung
- Fachhumangenetiker und Naturwissenschaftler in der Weiterbildung in der Universität/wissenschaftlichen Einrichtung

## Beitragssätze

- 50,- Ärzte und Naturwissenschaftler in der Weiterbildung, befristet auf 5 Jahre
- 69,- Jahresbruttoeinkommen bis 100.000,- Euro
- 250,- Jahresbruttoeinkommen über 100.000,- Euro
- 50,- Mitglieder im Altersruhestand
- mindestens 100,- Euro für außerordentliche Mitglieder

Der Mitgliedsbeitrag ist bei Eintritt in den BVDH vom 01.01.-30.06. für das laufende Jahr per Überweisung zu bezahlen.

Bei Eintritt an dem 01.07. wird der Beitrag erst am 01.01. des Folgejahres fällig.

## SEPA- Lastschriftmandat

BVDH e.V., Linienstraße 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

.....  
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