

**An die Geschäftsstelle: Wulffstr. 8, 12165 Berlin**

**E-Mail: [bvdn.bund@t-online.de](mailto:bvdn.bund@t-online.de)**

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN) - (Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, angestellter Arzt 300 €, Senior 60 €, Arzt in Weiterbildung 0 €)
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (BDN) - (Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, angestellter Arzt 300 €, Senior 60 €, Arzt in Weiterbildung 0 €)
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BDN und BVDN - zu gleichen Beitragskonditionen
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e.V. (BVDP) - (Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, angestellter Arzt 300 €, Senior 60 €, Arzt in Weiterbildung 0 €)
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BVDP und BVDN - zu gleichen Beitragskonditionen
- Ich wünsche die **DREIFACHMITGLIEDSCHAFT** – BVDN, BDN und BVDP - zu gleichen Beitragskonditionen

**Das erste Jahr der Mitgliedschaft ist beitragsfrei, sofern die Mitgliedschaft mindestens ein weiteres Jahr besteht.**

Zusattitel oder –qualifikation (z.B. Psychotherapie, Sonografie): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail/Website: \_\_\_\_\_

Ich bin  Niedergelassen  In der Klinik tätig  Chefarzt/ärztin  Facharzt/ärztin  
 Weiterbildungsassistent/in  Neurologe/in  Nervenarzt/ärztin  Psychiater/in  
 In Gemeinschaftspraxis tätig mit \_\_\_\_\_

Zum Eintritt erhalte ich die BVDN-Abrechnungskommentare (EBM, GOÄ, Gutachten, IGeL, Richtgrößen etc.) .

gratis Newsletter gewünscht

**EINZUGSERMÄCHTIGUNG**

Hiermit ermächtige ich den BVDN/BDN/BVDP (nicht Zutreffendes ggf. streichen) widerruflich, den von mir zu entrichtenden jährlichen Mitgliedsbeitrag einzuziehen

IBAN: \_\_\_\_\_

Bei der \_\_\_\_\_ (BIC) \_\_\_\_\_

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Einen Widerruf werde ich der Geschäftsstelle des Berufsverbandes mitteilen.

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ort /Datum: \_\_\_\_\_

Praxisstempel (incl. KV-Zulassungs-Nr.)

Die Daten werden von der Verwaltung des Berufsverbandes auf elektronische Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert, mit diesem Vorgehen bin ich einverstanden.

Unterschrift: \_\_\_\_\_