

An die Geschäftsstelle: Wulffstr. 8, 12165 Berlin

E-Mail: 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: _____