

Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Berufsverband der Deutschen Chirurgen
Bitte füllen Sie alle Pflichtfelder in **Druckschrift** aus, diese sind mit * gekennzeichnet.

Name* _____
Vorname* _____ Geschlecht* männlich weiblich
Akad. Grad* _____ Geb.-Datum* _____
Einheitliche Fortbildungsnummer Ihrer Ärztekammer (EFN) _____

Berufliche Position*

Chefarzt¹ niedergelassener Chirurg¹ Oberarzt¹ Assistenzarzt¹ Sonst.¹ ¹⁾seit: _____
 Student (hier wird die Kopie des Studentenausweises benötigt)

Weiterbildung und Qualifikationen

Alte Weiterbildungsordnung

	WB zum Facharzt/ Schwerpunkt für	Facharzt/ Schwerpunkt für	seit
Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kinderchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Plastische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thoraxchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Neue Weiterbildungsordnung

	WB zum Facharzt für	Facharzt für	seit
Basischirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit: _____
Allgemeine Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unfallchirurgie/Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thoraxchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Plastische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kinderchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Dienstanschrift*

Klinik/Praxis _____
Abteilung _____
Straße _____ Telefon _____
PLZ _____ Fax _____
Ort _____ eMail _____

Privatanschrift*

Straße _____ Telefon _____
PLZ _____ Fax _____
Ort _____ eMail _____

Beitragszahlung

Ich ermächtige den BDC, den Jahresbeitrag von meinem Konto einzuziehen:

Konto-Nr. _____ BLZ _____
Kreditinstitut/Bank _____

Ich werde den Jahresbeitrag nach Erhalt der Rechnung überweisen.

Laut Satzung des BDC entspricht das Geschäftsjahr dem Kalenderjahr. Mitgliedsbeitrag und Versicherungsprämie werden jeweils für den Zeitraum vom 01.01. bis 31.12. eines Jahres erhoben. Dies gilt auch, wenn der Beitritt zum BDC erst gegen Jahresende erfolgt.

Datum _____ Unterschrift* _____