



Willkommen in einem
starken Netzwerk



BEITRITTSERKLÄRUNG

Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum
 Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V.

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner nicht privaten Daten im BDC-Intranet (myBDC) einverstanden. Dieses Einverständnis kann ich selbst in myBDC jederzeit widerrufen.
 Ich bin damit einverstanden, dass der BDC mich betreffende personenbezogene Daten für die Erfüllung seiner Verbandsaufgaben erfasst, speichert und verarbeitet. Ich bin außerdem damit einverstanden, dass der BDC oder für ihn tätige Dienstleister mir Informationen auf elektronischem, postalischem oder dem Faxweg zusenden. Diese Einwilligung kann ich, auch in Teilen, jederzeit schriftlich widerrufen.

Name* Vorname*				
Geschlecht*		Geb.-Datum* (TT.MM.JJJJ)	Akad. Grad*	Einheitliche Fortbildungsnummer Ihrer Ärztekammer (EFN)
männlich weiblich				
Berufliche Position*		seit:	Chefarzt Assistenzarzt Oberarzt	niedergelassener Arzt Student** Sonstiges:
Weiterbildung und Qualifikation				
WB zum Facharzt/ Schwerpunkt für		seit (JJJJ)	in Basischirurgie Gefäßchirurgie Plastische Chirurgie	Allgemeine Chirurgie Thoraxchirurgie Kinderchirurgie Unfallchirurgie/Orthopädie Viszeralchirurgie Herzchirurgie
Facharzt/Schwerpunkt für		seit (JJJJ)	Allgemeine Chirurgie Thoraxchirurgie Kinderchirurgie	Unfallchirurgie/Orthopädie Viszeralchirurgie Herzchirurgie Gefäßchirurgie Plastische Chirurgie Neurochirurgie
Interessengebiete (mehrere Angaben möglich)		Allgemeinchirurgie Herzchirurgie Plastische u. Ästhetische Chir. Management und Führung	Chir. Intensivmedizin Kinderchirurgie Thoraxchirurgie Orthopädie	Gefäßchirurgie Mund-, Kiefer-, Gesichtschir. Unfallchirurgie Handchirurgie Neurochirurgie Viszeralchirurgie
Dienstanschrift*		als Postanschrift verwenden		
Klinik/Praxis				
Abteilung				
Straße			Telefon	
Ort, PLZ			Fax	
E-Mail*			Mobil	
Privatanschrift*		als Postanschrift verwenden		
Straße			Telefon	
Ort, PLZ			Fax	
E-Mail*			Mobil	
Beitragszahlung				
per SEPA-Lastschriftmandat				
Ich ermächtige den BDC, meinen Jahresbeitrag und die Versicherungsprämie für den Berufs-Rechtsschutz von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BDC e.V. 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 des Zahlungspflichtigen				
Anschrift d. Zahlungspflichtigen				
Kreditinstitut (Name und BIC)				
IBAN des Zahlungspflichtigen DE				
Ort, Datum		Unterschrift (für Lastschriftmandat)		
per Rechnung				
Ich werde den Jahresbeitrag nach Erhalt der Rechnung überweisen.				
Laut Satzung des BDC entspricht das Geschäftsjahr dem Kalenderjahr. Mitgliedsbeitrag und Versicherungsprämie für den obligatorischen Berufs-Rechtsschutz werden jeweils für den Zeitraum vom 01.01. bis 31.12. eines Jahres erhoben. Dies gilt auch, wenn der Beitritt zum BDC im laufenden Jahr erfolgt.				
Datum/Unterschrift*				

* Pflichtfeld
 ** hier wird die Kopie des Studentenausweises benötigt