



Willkommen in einem  
starken Netzwerk



BEITRITTSERKLÄRUNG

# Beitrittserklärung

Bitte elektronisch  
oder in Druckschrift  
ausfüllen.

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

Name*   Vorname*				
Geschlecht*		Geb.-Datum* (TT.MM.JJJJ)	Akad. Grad*	Einheitliche Fortbildungsnummer Ihrer Ärztekammer (EFN)
männlich weiblich				
<b>Berufliche Position*</b>		seit:	Chefarzt Assistenzarzt Oberarzt	niedergelassener Arzt Student** Sonstiges:
				MVZ
<b>Weiterbildung und Qualifikation</b>				
WB zum Facharzt/ Schwerpunkt für		seit (JJJJ)	in Basischirurgie Gefäßchirurgie Plastische Chirurgie	Allgemeine Chirurgie Thoraxchirurgie Kinderchirurgie
Facharzt/Schwerpunkt für		seit (JJJJ)	Allgemeine Chirurgie Thoraxchirurgie Kinderchirurgie	Unfallchirurgie/Orthopädie Viszeralchirurgie Herzchirurgie
Interessengebiete (mehrere Angaben möglich)		Allgemeinchirurgie Herzchirurgie Plastische u. Ästhetische Chir. Management und Führung	Chir. Intensivmedizin Kinderchirurgie Thoraxchirurgie Orthopädie	Gefäßchirurgie Mund-, Kiefer-, Gesichtschir. Unfallchirurgie
				Unfallchirurgie/Orthopädie Gefäßchirurgie Handchirurgie Neurochirurgie Viszeralchirurgie
<b>Dienstanschrift*</b>		als Postanschrift verwenden		
Klinik/Praxis				
Abteilung				
Straße			Telefon	
Ort, PLZ			Fax	
E-Mail*			Mobil	
<b>Privatanschrift*</b>		als Postanschrift verwenden		
Straße			Telefon	
Ort, PLZ			Fax	
E-Mail*			Mobil	
<b>Beitragszahlung</b>				
<b>per SEPA-Lastschriftmandat</b>				
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 <b>DE</b>				
Ort, Datum <span style="float: right;">Unterschrift (für Lastschriftmandat)</span>				
<b>per Rechnung</b>				
Ich werde den Jahresbeitrag nach Erhalt der Rechnung überweisen.				
<b>Einwilligung zur Speicherung und Verwendung Ihrer Daten nach DSGVO</b>				
Ich willige ein, dass der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Informationen durch den Verein verarbeitet und genutzt werden. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes/ Datenschutzgrundverordnung das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht. Ich bin mit der Veröffentlichung meiner nicht privaten Daten im BDC-Intranet (myBDC) einverstanden. Dieses Einverständnis kann ich selbst in myBDC jederzeit widerrufen.				
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*				