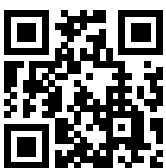


Willkommen in einem  
starken Netzwerk



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	niedergelassener Arzt
			Assistenzarzt	Student**
			Oberarzt	Sonstiges:
<b>Weiterbildung und Qualifikation</b>				
WB zum Facharzt/ Schwerpunkt für		seit (JJJJ)	in Basischirurgie	Allgemeine Chirurgie
			Gefäßchirurgie	Thoraxchirurgie
			Plastische Chirurgie	Kinderchirurgie
Facharzt/Schwerpunkt für		seit (JJJJ)	Allgemeine Chirurgie	Unfallchirurgie/Orthopädie
			Thoraxchirurgie	Viszeralchirurgie
			Kinderchirurgie	Herzchirurgie
Interessengebiete (mehrere Angaben möglich)		Allgemeinchirurgie	Chir. Intensivmedizin	Gefäßchirurgie
		Herzchirurgie	Kinderchirurgie	Mund-, Kiefer-, Gesichtschir.
		Plastische u. Ästhetische Chir.	Thoraxchirurgie	Unfallchirurgie
		Management und Führung	Orthopädie	Neurochirurgie
<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			Unterschrift (für Lastschriftmandat)	
<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 i. S. d. DS-GVO, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Emailadresse, Telefonnummer) verwendet, um hiermit automatisch einen Account für mich im eCME-Center anzulegen. Die Anlage eines Accounts erfolgt zum Zweck der chir. Weiterbildung. Nähere Informationen hierüber sind in der anliegenden Mitgliederinformation enthalten. Ich habe das Recht, diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem BDC e.V. schriftlich, per Fax oder Email zu widerrufen. Nach dem Widerruf werden meine Daten und damit mein Account im eCME-Center gelöscht. Mir steht es nach der Löschung frei, jederzeit wieder selbst einen Account im eCME-Center anzulegen.				
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*		