

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)	Acad. Grad*	Einheitliche Fortbildungsnummer Ihrer Ärztekammer (EFN)
männl. weibl. divers				
Alle Bezeichnungen beziehen sich stets auf alle Geschlechter.				
Berufliche Position*		Chefarzt, ärztl. Direktor, Sektionsleiter	Niedergelassener Arzt (selbstständig)	Assistenzarzt in WB**
seit:		Oberarzt	MVZ-/BAG-Gesellschafter (auch angestellt)	Student***
		Assistenzarzt (FA in Klinik)	angestellter FA in MVZ/Praxis/BAG (ohne Leitungsfunktion/Gesellschafterstatus)	
Weiterbildung und Qualifikation				
WB zum Facharzt/ Schwerpunkt für	seit (JJJJ)	in Basischirurgie	Allgemeine Chirurgie	Unfallchirurgie/Orthopädie
		Gefäßchirurgie	Thoraxchirurgie	Viszeralchirurgie
		Plastische Chirurgie	Kinderchirurgie	Herzchirurgie
Facharzt/Schwerpunkt für	seit (JJJJ)	Allgemeine Chirurgie	Unfallchirurgie/Orthopädie	Gefäßchirurgie
		Thoraxchirurgie	Viszeralchirurgie	Plastische Chirurgie
		Kinderchirurgie	Herzchirurgie	Neurochirurgie
Interessengebiete (mehrere Angaben möglich)	Allgemeinchirurgie	Chir. Intensivmedizin	Gefäßchirurgie	Handchirurgie
	Herzchirurgie	Kinderchirurgie	Mund-, Kiefer-, Gesichtschir.	Neurochirurgie
	Plastische u. Ästhetische Chir.	Thoraxchirurgie	Unfallchirurgie	Viszeralchirurgie
	Management und Führung	Orthopädie		
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.				
Einwilligung zur Speicherung und Verwendung Ihrer Daten nach DSGVO				
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.				
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*		