Anmeldeformular
zur Praxisvertreter-Haftpflichtversicherung
des BDC

Damit Versicherungsschutz für Praxisvertretertätigkeiten über den Gruppenvertrag des BDC gewährt werden kann, muss die Praxisvertretertätigkeit vorab angemeldet werden. Bitte senden Sie deshalb das Anmeldeformular an die Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie e.V.

Persönliche Angaben des Praxisvertreters	
Titel, Vor- und Zuname	
BDC-Mitgliedsnummer	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon	Telefax
E-Mail	
Angaben zur Praxisvertretertätigkeit (Der Vertretungszeitraum darf maximal drei Monate im Jahr betragen!)	
Praxisvertretung für	
Praxisanschrift	
Fachrichtung	
Vertretungszeitraum, von:	bis:

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift

Anmeldeformular bitte zurücksenden an:
Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.
Geschäftsstelle
Luisenstraße 58/59 – 10117 Berlin
Telefax +49 30 28004108 – E-Mail mail@bdc.de

Bei Fragen zum Versicherungsschutz wenden Sie sich bitte an:

Ecclesia med GmbH
BDC-Versicherungsservice
Ecclesiastraße 1 – 4
32758 Detmold

Service-Telefon: 0800 603603-0
Telefax: 05231 603606363
E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de

0945.01/04.23