

Antrag bitte mit Anlagen per Post oder E-Mail (Sekretaer@bdnc.de) senden.



BDNC

Berufsverband
Deutscher Neurochirurgen e.V.

Herrn
Dr. med. W. E. K. Braunsdorf
- Sekretär -
Klinikum Magdeburg gGmbH
Klinik für Neurochirurgie und
Wirbelsäulenchirurgie
Birkenallee 34
39130 Magdeburg

Geschäftsstelle
Carl-Pulfrich-Str. 1
07745 Jena
Telefon: +49 (0)3641 3116-465
Telefax: +49 (0)3641 3116-243
E-Mail: gs@bdnc.de
Internet: www.bdnc.de

Antrag auf Mitgliedschaft im Berufsverband Deutscher Neurochirurgen e.V. (BDNC)

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen als Anlage beizufügen

1. Kopie Anerkennung als Arzt für Neurochirurgie
2. Nachweis hauptamtlicher Tätigkeit als Neurochirurg
3. kurz gefasster Lebenslauf mit Darstellung des Ausbildungsganges

Persönliche Daten Geburtsdatum Titel Vorname Nachname Staatsexamen am Approbation am Promotion am Facharztanerkennung am Tätigkeit/Funktion <input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/> Leitender Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Assistenzarzt <input type="checkbox"/> niedergelassener Arzt <input type="checkbox"/> Ordinarius <input type="checkbox"/> Ruhestand <input type="checkbox"/> andere	Anschrift dienstlich Einrichtung / Universität / Klinik Abteilung Straße, Nr. PLZ, Ort Telefon Fax E- Mail Website Anschrift privat Straße, Nr. PLZ, Ort Telefon Fax E- Mail Korrespondenzanschrift <input type="checkbox"/> dienstlich <input type="checkbox"/> privat
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Beantragung
Hiermit beantrage ich die ordentliche Mitgliedschaft (Ärzte für Neurochirurgie, Jahresbeitrag 390 €) bzw. ordentliche Mitgliedschaft (Ärzte in Facharztweiterbildung zum Arzt für Neurochirurgie, Jahresbeitrag 50 €) im Berufsverband Deutscher Neurochirurgen e.V. (BDNC).
 Über die Satzung und Geschäftsordnung des BDNC habe ich mich informiert.

Ermächtigung zum Bankeinzugsverfahren (SEPA-Lastschrift)
Ich ermächtige den Schatzmeister des Berufsverbandes Deutscher Neurochirurgen e.V., die von mir zu entrichtende jährliche Beitragszahlung bis auf Widerruf bei Fälligkeit zu Lasten folgenden Kontos einzuziehen:

IBAN _____ BIC _____ Kreditinstitut _____

Unterschrift

Ort _____ Datum der Antragstellung _____ Unterschrift des Antragstellers _____