

Aufnahmeantrag BDNC

Bitte in Druckschrift ausfüllen und per Post oder eingescannt per E-Mail senden.
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
- Die Angabe einer gültigen E-Mail-Adresse ist für die Bearbeitung des Antrags erforderlich!

Kontakt:
BDNC - Geschäftsstelle
c/o Conventus Congressmanagement und
Marketing GmbH
Carl-Pulfrich-Straße 1
07745 Jena
Telefon: +49 (0)3641 31 16-465
Telefax: +49 (0)3641 31 16-244
E-Mail: gs@bdnc.de
Internet: www.bdnc.de



BDNC

Berufsverband
Deutscher Neurochirurgen e.V.

Persönliche Angaben

_____	_____	_____
Anrede (Frau/Herr)	Akademischer Grad	Staatsexamen am
_____	_____	_____
Vorname		Approbation am
_____		_____
Nachname		Promotion am
_____		_____
Geburtsdatum		Facharztanerkennung am
_____		_____

Tätigkeit/Funktion

- Chefarzt / Leitender Arzt
 Oberarzt
 Facharzt für Neurochirurgie in Niederlassung/MVZ
 Facharzt für Neurochirurgie (nicht niedergelassen)
 Arzt in Weiterbildung
 Ordinarius
 Ruhestand (ohne ärztliche Tätigkeit)

Dienstliche Daten: Anschrift/Kommunikation

_____	_____	_____
Einrichtung/Universität/Klinik	Abteilung	
_____	_____	_____
Straße/ Nr.	PLZ	Ort
_____	_____	_____
E-Mail	Telefon	Telefax
_____	_____	_____

Private Daten: Anschrift/Kommunikation

_____	_____	_____
Straße/ Nr.	PLZ	Ort
_____	_____	_____
E-Mail	Telefon	Telefax
_____	_____	_____

Kommunikationswunsch

bevorzugte Kontaktaufnahme dienstlich privat

Beantragung

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Berufsverband Deutscher Neurochirurgen e.V. (BDNC). Vom Inhalt der Satzung habe ich Kenntnis genommen.:

- ordentliche Mitgliedschaft (Ärzte für Neurochirurgie, Jahresbeitrag 390 €)
 ordentliche Mitgliedschaft (Ärzte in Facharztweiterbildung zum Arzt für Neurochirurgie, Jahresbeitrag 50 €)

Zahlung des Mitgliedsbeitrags

- Überweisung SEPA-Lastschrift-Mandat

Bei Auswahl des SEPA-Lastschrift-Mandats, erhalten Sie in den nächsten Tagen per E-Mail ein Formular zur Erteilung eines Mandats.

Erklärung zur Veröffentlichung im Mitgliederverzeichnis

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Kontaktdaten im Mitgliederverzeichnis auf der Homepage des BDNC und in der Druckversion veröffentlicht werden:

- Ja, bitte meine Dienstanschrift. Ja, bitte meine Privatanschrift. Nein, ich wünsche keine Veröffentlichung.

Bei Zustimmung darf von o.g. Kommunikationsangaben NICHT veröffentlicht werden:

- E-Mail Telefon Telefax

Datenschutzerklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass nach meiner Aufnahme in den BDNC meine gewünschten Daten wie nachfolgend beschrieben genutzt werden:

Wir erheben, verarbeiten und nutzen Ihre Daten zur Erfüllung der Vereinsziele wie z.B. Beitragserhebung, Zugangseinrichtung zum Mitgliederbereich, zur Veröffentlichung im passwortgeschützten internen Mitgliederbereich auf der Homepage des BDNC: www.bdnc.de oder für den Versand von Informationsmaterial, ggf. auch unter Einsatz von Dienstleistern. Soweit Sie eine E-Mail-Adresse angegeben haben, werden wir Sie, soweit möglich, elektronisch anschreiben. Wir geben Ihre Daten zur Organisation von Mitgliedsleistungen an Kooperationspartner weiter, zum Beispiel zur Organisation der jährlichen BDNC-Mitgliederversammlung durch die Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH. Dabei werden jeweils so wenige Daten wie möglich weitergegeben. Eine darüber hinaus gehende Weitergabe an Dritte für Werbezwecke findet nicht statt. Die Verwendung Ihrer freiwilligen Angaben, soweit sie nicht für Abrechnungszwecke erforderlich sind, können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber des Berufsverbands Deutscher Neurochirurgen unter den angegebenen Kontaktdaten bzw. gs@bdnc.de widerrufen.

Ort/Datum der Antragstellung

Unterschrift des Antragstellers

