

Aufnahmeantrag zum „GYN – Verbund – Berlin e.V.“

Name:	Vorname:
--------------	-----------------

Telefon:	Fax :
-----------------	--------------

e-mail:

Praxisanschrift (Str., PLZ, Ort): Betriebsstättennummer : lebenslange Arztnummer: Institutionskennzeichen (9 stellig): Praxisbesonderheiten:

Praxissoftware:

Operativ tätig <input type="checkbox"/> Zuweiser <input type="checkbox"/> (zutreffendes Ankreuzen)
--

Praxisöffnungszeiten:

Bankverbindung:

Hiermit erkläre ich den Eintritt in den Verein GYN- Verbund- Berlin e.V.
Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung und die Beitragsordnung in ihrer jeweils geltenden Fassung an. Ich bin damit einverstanden, dass die im Zusammenhang mit der beantragten Verbandsmitgliedschaft stehenden Daten gespeichert und dies zur üblichen Betreuung oder ordnungsgemäßen Durchführung der vertraglichen Beziehungen erforderlich ist.

Die Vorschriften des Datenschutzgesetzes bleiben unberührt.

➔ Die einmalige Aufnahmegebühr beträgt z.Zt. 300 € (für Operateure) bzw. 0 € (für Zuweiser). Der laufende monatliche Mitgliedsbeitrag wird am 1. eines jeden Monats fällig und beträgt bis auf weiteres 60,-€ (für Operateure) bzw. 30 € (für Zuweiser) . Er ist auf das Vereinskonto bei der Deutschen Kreditbank AG, Kontonummer: 20092060 BLZ: 120 300 00 zu überweisen.

Berlin, den.....

(Unterschrift d. Mitgliedes)

(Unterschrift d. Vorstandes)

- Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag per FAX an 030-65 66 77 89 -