

Chirurgisch/Orthopädischer – Verbund – Berlin e.V.

Nachname	Vorname	Titel
----------	---------	-------

Praxis	Betriebsstättennummer. Lebenslange Arztnummer
--------	--

Strasse Praxis	PLZ Praxis	Ort Praxis
----------------	------------	------------

Telefon Praxis	Fax Praxis	eMail Adresse Praxis
----------------	------------	----------------------

BIC	IBAN	Bank
-----	------	------

Öffnungszeiten						
<b>Mo</b>	<b>Di</b>	<b>Mi</b>	<b>Do</b>	<b>Fr</b>	<b>Sa</b>	

Praxissoftware	Institutionskennzeichen (IK-Nummer)
----------------	-------------------------------------

Ambulante Leistungen		
<input type="checkbox"/> <b>Abzesschirurgie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Appendektomie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Achillessehnenruptur</b>
<input type="checkbox"/> <b>arth. Kreuzbandplastik</b>	<input type="checkbox"/> <b>Arthroskopien</b>	<input type="checkbox"/> <b>Cholecystektomie</b>
<input type="checkbox"/> <b>D-Arztpraxis</b>	<input type="checkbox"/> <b>elektive Prothetik</b>	<input type="checkbox"/> <b>Epikondylitis</b>
<input type="checkbox"/> <b>Frakturbehandlung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Fußchirurgie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Hämorrhoiden</b>
<input type="checkbox"/> <b>Handchirurgie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Hernien</b>	<input type="checkbox"/> <b>Implantatentfernung</b>
<input type="checkbox"/> <b>Mamma</b>	<input type="checkbox"/> <b>Mastektomie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Metallentfernungen</b>
<input type="checkbox"/> <b>Nervenkompressionssyndr.</b>	<input type="checkbox"/> <b>Osteosynthesen</b>	<input type="checkbox"/> <b>Phimosen</b>
<input type="checkbox"/> <b>plastische Chirurgie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Proktologie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sulcus ulnaris Syndrom</b>
<input type="checkbox"/> <b>Unfallchirurgie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Varizen</b>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____		

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im „Chirurgisch/Orthopädischen-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 Mitgliedschaft stehenden Daten gespeichert werden, soweit dies zur üblichen Betreuung oder ordnungsgemäßen Durchführung der vertraglichen Beziehungen erforderlich ist. Die Vorschriften des Datenschutzgesetzes bleiben unberührt.

Die **einmalige Aufnahmegebühr** für operierende Vollmitglieder beträgt ab 01.07.2008 **EUR 675,-**. Für ausschließlich konservativ tätige Vollmitglieder wird keine Aufnahmegebühr fällig.

Der **monatliche Mitgliedsbeitrag** für operierende Vollmitglieder beträgt ab 01.07.2008 **EUR 20,-**, für ausschließlich konservativ tätige Vollmitglieder **EUR 10,-**.

Die Beiträge sind auf das Vereinskonto bei der **Deutschen Bank Berlin BIC DEUTDE33HAN**

**IBAN DE34100700240288759400** unaufgefordert einzuzahlen oder es ist eine Zustimmung zum Lastschriftverfahren zu erteilen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Praxisstempel
---------------

