

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

Name: Vorname:

Telefon: Fax :

e-mail:

Praxisanschrift:
(Str./PLZ/Ort)

Betriebsstätten-Nummer:

lebenslange Arztnummer:

Institutionskennzeichen: _ _ _ _ _ (9-stellig)

Praxisbesonderheiten:

Praxis-Software:

operativ tätig (bitte auch OP-Liste ausfüllen !) **Zuweiser** (zutreffendes ankreuzen)

Praxisöffnungszeiten:

Bankverbindung:

BLZ: **Kto.-Nr.:**

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. 10,- € (für Zuweiser) . Er ist auf das Vereinskonto bei der Deutschen Kreditbank AG, Kontonummer: 20092060 BLZ: 120 300 00 zu überweisen. (Zahlung quartalsweise zum Quartalsbeginn, Zahlungsgrund: GV-Beitrag Q1...Q4/JJ.)**

! Die Erteilung separater Einzugsermächtigungen wird empfohlen !

(Datum und Unterschrift d. Mitgliedes)

(Datum und Unterschrift d. Vorstandes)

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag per FAX an die Netzmanagerin Frau Tell

(030) 65 66 77 89

Einzugsermächtigung Aufnahmegebühr
(nur für Operateure)

Name, Vorname:

Adresse:

Bankverbindung

Konto-Nr.:

Bankleitzahl:

Bank:

Hiermit ermächtige ich/wir den Gyn-Verbund-Berlin e.V. einmalig, die vereinbarte Aufnahmegebühr in Höhe von 300,00 Euro von meinem/unseren Konto einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto das erforderliche Guthaben nicht aufweist, besteht für das Geldinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung. Die durch Nichteinlösung entstehenden Kosten sind durch mich/uns an den Gyn-Verbund-Berlin e.V. zu erstatten.

Berlin, den

.....
Unterschrift

Einzugsermächtigung Vereinsbeitrag

Name, Vorname:

Adresse:

Bankverbindung

Konto-Nr.:

Bankleitzahl:

Bank:

Hiermit ermächtige ich/wir ab sofort den Gyn-Verbund-Berlin e.V. widerruflich, den vereinbarten Vereinsbeitrag bei Fälligkeit von meinem/unseren Konto einzuziehen.

Gewünschte Zahlungsweise: vierteljährlich jährlich

Wenn mein/unser Konto das erforderliche Guthaben nicht aufweist, besteht für das Geldinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung. Die durch Nichteinlösung entstehenden Kosten sind durch mich/uns an den Gyn-Verbund-Berlin e.V. zu erstatten.

Berlin, den

.....
Unterschrift

Praxis:

Auflistung/Bezeichnung angebotener ambulanter Operationsleistungen

(bitte eigene Angebote markieren / ggf. präzisieren und erweitern)

- 1. Fraktionierte Abrasio
- 2. Fraktionierte Abrasio mit operativer Hysteroskopie
- 3. Konisation
- 4.
- 5. Marsupialisation
- 6. Cürettage bei Abort und Missed Abortion
- 7. Elektroagulation der Portio bei therapieresistenten Kontaktblutungen
- 8. Hymenalinzision

- 9. Condylomabtragung
- 10. Abszess-Spaltung im Genitalbereich
- 11. PE's oberflächlich/Haut (Vulva)
- 12. Operative und diagnostische Laparoskopien
- 13. Sterilisation als Privatleistung und aus med. Indikation
- 14. Hintere Plastik bei Descensus
- 15. Erweiterungsplastik
- 16. Kolpokleisis

- 17. Emmetplastik bei Cervixriß
- 18. Rekonstruktion bei sekundär verheilter Episiotomie
- 19. Entfernung Vulva Tumore
- 20. IUD-Einlage und -Entfernung
- 21. Endometriumablatio
- 22. Mamma-Tumor Excision
- 23. Mamma - DE bei fehlenden Malignitätskriterien
- 24. Mamma-Reduktionsplastiken

- 25. Mamma-Aufbauplastiken
- 26. Mamillenlifting und -entfernung
- 27. Mamillentransplantation und Nippelaufbau
- 28. Ablatio mammae
- 29. Thermokoagulation
- 30. Amniozentese
- 31. CVS
- 32. IVF und ICSI

Bitte senden Sie die ausgefüllte Liste per FAX an die Netzmanagerin Frau Tell

(030) 65 66 77 89