

Sekretariat des BDN

Frau Iris Herzogenrath
Weserstr. 86
45136 Essen

Fax: 0201 25 12 97

AUFNAHMEANTRAG

ich beantrage die Aufnahme in den Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V., Sitz Essen.

Die [Satzung des Berufsverbandes](#) habe ich gelesen und erkenne sie an.

Für die Beantragung der ordentlichen Mitgliedschaft lege ich eine Kopie der Facharzturkunde oder der Fachkundebescheinigung bei.

<i>Datum</i>		<i>Art der Mitgliedschaft (Übersicht auf Seite 2)</i>	
<i>Herr/Frau</i>	<i>Titel</i>	<i>Vorname</i>	<i>Name</i>
<i>Geburtsdatum</i>	<i>Art der Institution</i>		<i>Tätigkeit (z.B. ChA, angest. Arzt)</i>
	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/>		
<i>Anschrift der Institution (Klinik/Praxis/MVZ/...) – Bitte genaue postalische Anschrift</i>			
<i>Privatanschrift</i>			
<i>Mitglied in KV (nur niedergel. Ärzte)</i>	<i>Mitglied in Landesärztekammer</i>	<i>Facharztbezeichnung</i>	
<i>Telefon (dienstlich)</i>	<i>Telefax (dienstlich)</i>	<i>Mobil-Fon</i>	
<i>Telefon (privat)</i>	<i>Telefax (privat)</i>	<i>Homepage (dienstlich)</i>	
<i>E-Mail-Adresse(n), an die die Mitteilungen des BDN (z.B. BDN-Info) verschickt werden sollen</i>			
<i>Teilnahme am Lastschriftverfahren</i>			
<input type="checkbox"/> Ich erteile mein Einverständnis, dass mein Jahresbeitrag per Lastschrift eingezogen wird			
<i>Geldinstitut (Name, Ort)</i>	<i>Kontonummer</i>	<i>Bankleitzahl (BLZ)</i>	
<i>Jahresbeitrag (lt. Beitragsordnung)</i>	<i>Für Interne Vermerke des BDN</i>		

Ich bin damit einverstanden, dass die beruflichen Kontaktdaten ebenso wie die Lage der Einrichtung auf der Homepage des BDN veröffentlicht werden.

Ich werde jede Änderung dieser Daten, insbesondere beitragsrelevante, dem BDN sofort anzeigen

Stempel

Datum

Unterschrift

Arten der Mitgliedschaft / Jahresbeiträge

Ordentliche Mitglieder		Jahresbeitrag
01	Niedergelassene Ärzte/Vertragsärzte (incl. MVZ)	750 €
02	Jedes weitere Mitglied pro Praxis	500 €
03	<i>Auf Antrag reduzierter Beitrag (Vertragsärzte) *</i>	350 €
04	<i>Angestellte Praxisärzte, Chefärzte, ermächtigte Ärzte</i>	350 €
05	<i>Angestellte Fachärzte im Krankenhaus</i>	200 €
06	<i>Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt **</i>	100 €
Außerordentliche Mitglieder		
07	<i>Außerordentliche Mitglieder (MTA, MTRA, Assistenzärzte)</i>	120 €
Mitglieder im Ruhestand		
08	<i>Mitglieder im Ruhestand mit Fachjournal</i>	120 €
09	<i>Mitglieder im Ruhestand ohne Fachjournal</i>	50 €
Korporative Mitglieder		
10	<i>Firmen, die Mitglied im BDN sind, erhalten - abhängig von der Beitragshöhe - unterschiedliche Leistungen – Bitte im Sekretariat erfragen</i>	*

* Die Bedingungen erfragen Sie bitte im Sekretariat oder bei der Geschäftsführung

** Mit freiem Eintritt zur Jahrestagung