



BdB e. V. Hainenbachstraße 25 89522 Heidenheim

Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser (BdB e. V.)
Hainenbachstr. 25
89522 Heidenheim

oder per Fax an 07321 94691-40

Ja, ich möchte Mitglied des BdB e. V. werden.

Praxisanschrift	
Titel, Vorname, Name: _____	
Praxis/Firma: _____	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ, Ort: _____	
Fachrichtung: _____	
Privatanschrift	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ, Ort: _____	
E-Mail: _____	
Information zum Mitgliedsbeitrag	
Ordentliches Mitglied	280 EURO/Jahr
Einmalige Aufnahmegebühr	20 EURO

Das Mitglied willigt mit seinem Beitritt zum Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser e. V. in die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und gegebenenfalls Weitergabe seiner Daten ein, nur soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben des Verbandes erforderlich ist (§ 28 BDSG). Der BdB sichert absolute Vertraulichkeit und Sicherheit der von ihm verwalteten Daten zu.

Ort, Datum

Unterschrift

BdB e. V. Hainenbachstraße 25 89522 Heidenheim

Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser (BdB e. V.)
Hainenbachstr. 25
89522 Heidenheim

oder per Fax an 07321 94691-40

SEPA-Lastschriftmandat	Mandatsreferenz: (wird von der Geschäftsstelle eingetragen)
<p>Titel; Name; Vorname: _____</p> <p>Straße; Haus-Nr.: _____</p> <p>PLZ; Ort: _____</p> <p>Kreditinstitut: _____</p> <p>IBAN: DE ___ _____ _____ _____ _____ ____</p> <p>BIC: _____</p>	

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE98 ZZZ 09 999 999 999

Hiermit ermächtige ich den Bundesverband der BdB e. V. die wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, den BdB e. V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift