

# Beitrittsantrag

BVDD e.V. · Robert-Koch-Platz 7 · 10115 Berlin · Tel: +49 30 246 253 53 · Fax: +49 30 246 253 33



www.bvdd.de



www.juderm.de

Ja, ich möchte ab \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ Mitglied im **Berufsverband der Deutschen Dermatologen e. V. (BVDD)** werden.

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Frau  Herr

Titel	Vorname	Nachname
Geburtsdatum	Approbation	EFN-Nummer
Privatanschrift (Straße + Nr.)		
PLZ	Ort	Land
Telefon	Telefax	Mobil
E-Mail-Adresse		

## KONTAKT-E-MAIL-ADRESSE

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, sachliche Informationen, sowie Informationen zu relevanten Fachtagungen und Online-Umfragen via folgender E-Mail-Adresse zu erhalten:

E-Mail-Adresse

## STATUS

Facharztanerkennung am	Niedergelassen in	Angestellt als
Niederlassung am	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> Facharzt
KV / Bundesland	<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)	<input type="checkbox"/> Klinikdirektor
	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/> Weiterbildungsassistent <small>laut Beitragsordnung II. b) (siehe Rückseite)</small>
	<input type="checkbox"/> MVZ	
	<input type="checkbox"/> vertragsärztlich	<input type="checkbox"/> privatärztlich

## ANSCHRIFT...

Klinikanschrift	Praxisanschrift	MVZ- Anschrift / Sonstige
Name der Klinik	Praxisname (Praxisinhaber)	Name des MVZs
Abteilung	Zusatz	Zusatz
Straße + Nr.	Straße + Nr.	Straße + Nr.
PLZ + Ort	PLZ + Ort	PLZ + Ort
E-Mail	E-Mail	E-Mail
WWW	WWW	WWW

## ZUSATZQUALIFIKATION

nach Weiterbildungsordnung (BÄK)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergologie      | <input type="checkbox"/> Medikament. Tumorth. |
| <input type="checkbox"/> Andrologie        | <input type="checkbox"/> Naturheilverfahren   |
| <input type="checkbox"/> Dermatohistologie | <input type="checkbox"/> Phlebologie          |
| <input type="checkbox"/> Homöopathie       | <input type="checkbox"/> Proktologie          |
| <input type="checkbox"/> Labordiagnostik   | <input type="checkbox"/> Sonstige             |

Sonstige (bitte ggf. ergänzen)

## MITGLIEDSBEITRAG\*

- Den Jahresbeitrag möchte ich durch Abbuchung von meinem Bankkonto begleichen (Einzugsverfahren).  
In diesem Fall erhalten Sie von uns ein SEPA-Lastschriftmandat als separates Formular.
- Den Jahresbeitrag werde ich nach Aufforderung durch den Schatzmeister auf das Verbandskonto überweisen.

Datum

# Beitragsordnung

I.	<b>Ordentliche Mitglieder</b> (Einzelmitgliedschaft)	350,- €
	<b>Gemeinschaftspraxen</b> am gleichen Ort mit gemeinsamer Betriebsstätten-Nummer	
	<b>von 2 ordentlichen Mitgliedern</b> (2 × 280,- €)	560,- €
	<b>von 3 ordentlichen Mitgliedern</b> (3 × 245,- €)	735,- €
	<b>von 4 ordentlichen Mitgliedern</b> (4 × 210,- €)	840,- €
	<b>für jedes weitere ordentliche Mitglied</b>	210,- €
	<b>Dermatologen im Angestelltenverhältnis</b>	155,- €
	Ordentliche Mitglieder <b>ohne ärztliche Tätigkeit</b>	30,- €
II.	<b>Außerordentliche Mitglieder</b>	
a)	<b>im Ausland ansässige und/oder tätige Ärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten</b> , soweit Sie nicht bereits ordentliche Mitglieder nach § 4 Abs. 2 sind	45,- €
b)	<b>approbierte Ärzte während der Weiterbildung</b> zum Arzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten	0,- €
III.	Der Beitrag für außerordentliche Mitglieder nach § 4 Abs. 3c und 3d der Satzung (natürliche und juristische Personen) wird im Einzelfall vom Vorstand festgelegt.	

Der Mitgliedsbeitrag ist satzungsgemäß als Jahresbeitrag zu entrichten. Er ist im Februar des laufenden Jahres fällig. Die Bezahlung soll durch Bankeinzug erfolgen. Ansonsten ist die Überweisung auf Anforderung des Schatzmeisters auf folgendes Konto des Berufsverbandes vorzunehmen:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG  
IBAN: DE94 3006 0601 0002 1749 52  
BIC: DAAEDEDXXX

Anschriftenänderungen, Veränderungen der Bankverbindungen der Mitglieder und Änderungen im Status als Mitglied sind dem Schatzmeister rechtzeitig mitzuteilen.

Beitragsordnung gültig seit 01.01.2013