

**Bitte per Fax an  
+49 (0)6 11 - 1 81 33 - 50**

## **Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Internisten e.V.**

rückwirkend (DER INTERNIST wird nachgeliefert)

zum 01.01.20\_\_  zum 01.07.20\_\_

Frau  Herr Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

**Privatanschrift** Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Fax privat \_\_\_\_\_

**Dienstanschrift** Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich \_\_\_\_\_ Fax dienstlich \_\_\_\_\_

Telefon mobil \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### **JAHRESBEITRAG**

Freie Praxis  fachärztlich  hausärztl. **EUR 200**  Chefarzt / Leitender Arzt **EUR 200**

Partner einer Gemeinschaftspraxis **EUR 150**  O.-Arzt / Ass.-Arzt m. FA-Anerkenn. **EUR 150**

(ohne Bezug der Zeitschrift DER INTERNIST)  Ass.-Arzt ohne FA-Anerkennung **EUR 80**

Name des Partners \_\_\_\_\_ (voraussichtliche FA-Anerkennung 20\_\_)

BDI-Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_  Medizinstudent (vorauss. Examen 20\_\_) **EUR 70**

**Ort, Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_

### **EINZUGSERMÄCHTIGUNG**

Hiermit ermächtige ich den BDI e.V. widerruflich, den von mir zu entrichtenden jährlichen Mitgliedsbeitrag zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

Konto-Nummer \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

Diese Ermächtigung hat so lange Gültigkeit, bis ich sie dem BDI e.V. gegenüber schriftlich widerrufe.

**Ort, Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_