

BEITRITTSERKLÄRUNG

Berufsverband Deutscher Internisten e. V.,
Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden,
Tel.: 0611 18133-0, Fax: 0611 18133-50,
www.bdi.de



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

zum* 01. _____ 20_____ Wenn Sie sich rückwirkend anmelden, wird „DER INTERNIST“ nachgeliefert.
TT. MM. JJJJ

Frau* Herr* Titel: _____ Geb.-Datum:* _____

Name, Vorname:* _____

Privatanschrift:* _____

PLZ:* _____ Ort:* _____

Telefon privat: _____ Fax privat: _____

Telefon Mobil: _____ E-Mail:* _____

Dienstinstitut (KH, MVZ...): _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon dienstlich: _____ Fax dienstlich: _____

Telefon Mobil: _____ E-Mail: _____

Jahresbeitrag*

Hausärztlich tätig Fachärztlich tätig (Schwerpunkt _____)

Freie Praxis € 200,-

Partner einer Gemeinschaftspraxis (ohne Bezug der Zeitschrift DER INTERNIST) € 150,-

Name des Partners: _____ Mitgliedsnummer: _____

in Praxis / MVZ angestellt € 150,-

Chefarzt / Ltd. Arzt € 200,-

Oberarzt / Ass.-Arzt mit FA-Anerkennung € 150,-

Ass.-Arzt ohne FA-Anerkennung (Voraussichtlich FA-Anerkennung 20_____) € 80,-

Medizin-Student(in) **Beitrittsjahr kostenfrei, ab dem 2. Mitgliedsjahr** € 50,-

Voraussichtlicher Examenstermin 20_____

Die Mitgliedschaft beträgt mindestens 2 Kalenderjahre und ist frühestmöglich unter Einhaltung der Kündigungsfrist im 2. Mitgliedsjahr kündbar. Bitte legen Sie eine **Immatrikulationsbescheinigung** bei.

Auch für Ärzte im Ruhestand bieten wir spezielle Konditionen für eine Mitgliedschaft im BDI an. Informieren Sie sich hierüber über die Geschäftsstelle des BDI unter der Rufnummer 0611 18133-0.

Wie sind Sie auf den BDI aufmerksam geworden?

- Empfehlung Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen
 Veröffentlichungen in Fachzeitschriften/Medien Homepage des BDI bzw. www.internisten-im-netz.de
 Sonstiges, und zwar _____

Ihre personenbezogenen Daten werden gemäß der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) für die Begründung und Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft erhoben und verarbeitet. Nähere Informationen hierzu finden Sie unter <https://www.bdi.de/ds-mitgliederinfo/>.

Datum:* _____

Unterschrift:* _____

*Pflichtfeld