

**Ich werbe ein neues Mitglied!**

Name, Vorname:\* \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer:\* \_\_\_\_\_

Wunschprämie:\* \_\_\_\_\_

## 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 den **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: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

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.

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