



Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Ärztinnen und Ärzte
in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.
Repräsentanz der DGGG und Fachgesellschaften
Jägerstr. 58-60 • 10117 Berlin

BLFG e.V.
Repräsentanz der DGGG
und Fachgesellschaften
Jägerstr. 58-60
10117 Berlin

Beitrittserklärung / Aufnahmeantrag

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

geb. am: _____

Privatanschrift

Adresse: _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Dienstanschrift

Institution: _____

Adresse: _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Der Jahresbeitrag von z. Zt. 120,00 Euro wird im 4. Quartal eines Jahres per Bankeinzug erhoben.
Hiermit ermächtige ich den BLFG e.V., meinen Beitrag von folgendem Konto abzubuchen.
Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Bankverbindung umgehend dem Verein mitzuteilen.

Ermächtigung zum Bankeinzugsverfahren:

Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Des Weiteren erkläre ich mich mit der Weitergabe meine Kontaktinformation (Titel, Vorname, Name, Klinik, Anschrift, E-Mail-Adresse, Tel.) an die Sprecher der Landesverbände zum Zwecke Der Terminkoordination (usw.) einverstanden.

Ich bin einverstanden.

Ich bin nicht einverstanden.



Weiterhin bitten wir Sie, uns folgende Angabe bzgl. Ihrer aktuellen Position zu machen:
Wenn kein Kreuz gesetzt wurde, wird dies als „Nein“ gewertet.

- Bezeichnung der aktuellen Position: _____

- In meiner Tätigkeit trage ich ärztliche Letztverantwortung:

JA NEIN

- Ich leite einen abgegrenzten Zuständigkeitsbereich:

JA NEIN

Darüber hinaus bitten wir Sie, uns den ausgefüllten Antrag per Post an die oben genannte Adresse, per E-Mail an mitglieder@bfg.de oder per Fax an +49 (0) 30-514 883 44 zukommen zu lassen.

Die Mitgliedschaft verlängert sich automatisch um weitere 12 Monate, sollte nicht bis zum 30.09. des Jahres eine schriftliche Kündigung vorliegen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Dieser Vertrag ist mit meiner Unterschrift gültig und ich bin mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung meiner Daten gem. DS-GVO einverstanden.