

BEITRITTSERKLÄRUNG / ERHEBUNGSBOGEN

- Hiermit erkläre ich meinen **Beitritt** zum Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. und mache folgende Angaben zu meiner Person:
- Hiermit mache ich folgende Angaben zur **Aktualisierung** meiner Mitgliedsdaten:



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Mielenforster Str. 2
51069 Köln
Fon: (0221) 68 90 90
Fax: (0221) 683204

Bitte gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen

Angaben zur Person:

Mitgliedsnummer: _____ (nur wenn bekannt bzw. vergeben)

Geschlecht: weiblich männlich

Name: _____

Vorname: _____

Titel: _____

Geburtsdatum: _____

Eintrittsdatum: _____

Die Zeitschrift „Kinder- und Jugendarzt“ ist zu senden an die:

- Privatschrift Dienstanschrift

Post ist zu senden an die:

- Privatschrift Dienstanschrift

Anschriften:

Privatschrift:

PLZ/Ort: _____

Straße/Hausnr.: _____

Adress-Zusatz: _____

Dienstanschrift:

PLZ/ORT: _____

Straße/Hausnr.: _____

Adress-Zusatz: _____

Kommunikation: Privat

Ruf-Nr.: _____

Mobil-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Kommunikation: Dienst

Ruf-Nr.: _____

Fax-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Internetadresse: _____

Berufsausübung (mehrere Angaben möglich):

Niedergelassener Arzt seit: _____

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kassenarzt | <input type="checkbox"/> Teilzeittätigkeit | <input type="checkbox"/> Jobsharing | <input type="checkbox"/> Belegarzt-Tätigkeit |
| <input type="checkbox"/> Nur private Kassen | <input type="checkbox"/> Zur Weiterbildung zugelassen | <input type="checkbox"/> Laborgemeinschaft | |
| <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Apparate-Gemeinschaft | | |
| <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft | | | |
| <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis | | | |
| <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> MVZ | | |

bitte auch 2. Seite ausfüllen

Krankenhausarzt

- Chefarzt leitender Arzt Oberarzt Krankenhaus-Direktor

Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst

Sonstige ärztliche Tätigkeit: _____

Keine Berufsausübung

Elternzeit bis: _____

Assistenzarzt in Weiterbildung Pädiatrie oder.....

– voraussichtlicher Abschluss der Weiterbildung: **M-J:** _____

Arbeitszeit _____ **Std./Wo**

angestellt in Krankenhaus/Institut

nebenberufliche Tätigkeit

angestellt in Praxis

angestellt in MVZ

Allgemeine Angaben zur Berufsausübung / Gebietsbezeichnung

Assistenzarzt mit Gebietsanerkennung in:
(abgeschlossen)

Kinder- und Jugendmedizin

Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. –psychotherapie

Kinderchirurgie

Beitragszahlung:

gegen Rechnung

per Einzugsverfahren, bitte das angehängte Sepa-Lastschriftmandat ausfüllen und unterschreiben

Die Beitragshöhe wird festgelegt auf Grund der vorherigen Angaben lt. gültiger Beitragsordnung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Zusatz-Weiterbildungen:

Endokrinologie/Diabetologie

Gastroenterologie

Nephrologie

Orthopädie

Psychoanalyse

Pneumologie

Rheumatologie

Zusatz-Bezeichnungen:

Allergologie

Akupunktur

Hämostaseologie

Infektiologie

Intensivmedizin

Naturheilverfahren

Notfallmedizin

Psychotherapie

Schlafmedizin

Schmerztherapie

Sportmedizin

Schwerpunkte:

Kinder-Hämatologie und -Onkologie

Kardiologie

Neuropädiatrie

Neonatologie

Praxisbesonderheiten (bei niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten):

ADS

Allergologie: Diagnostik Therapie

Bewegungstherapie

EEG

EKG

Entwicklungstherapie

Krankengymnastik

Logopädie

Mukoviszidose

Präsenzlabor

Physikalische Therapie

Pneumologie

Röntgen

Sonographie

Mitgliedschaften:

Deutsche Gesellschaft (DGKJ)

Hartmannbund

Marburger Bund

Ärztekammern

Dt. Ärztinnenverband

Ich bin damit einverstanden, dass die o.g. Daten in der EDV des BVKJ gespeichert werden.

Ort/Datum

Unterschrift



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden an:

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte
BVKJ e.V.
Mielenforster Str. 2
51069 Köln

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, BVKJ e.V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE06BVK00000569057

Mandatsreferenz (wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis. Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Beitragspflichtiges Mitglied

Name, Vorname	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	
Mitgliedsnummer im BVKJ e.V.	

Kontoinhaberin / Kontoinhaber

Name, Vorname (falls abweichend vom Mitglied) bzw. Firma		
Bankverbindung	Kreditinstitut	
	IBAN	
	BIC	



Ort, Datum:



Unterschrift(en) der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers