

Beitrittserklärung zum Bundesverband der Belegärzte (BdB) e. V.

Ich _____ geb. _____
(Vor- und Zuname)

Arzt für: _____

tätig als Belegarzt/Konsiliararzt
im Krankenhaus: _____

wohnhaft: _____
(Straße und Haus-Nr., Postleitzahl, Ort)

Bundesland: _____

erkläre hiermit meinen Beitritt zum BDB ab dem nächsten Monatsersten.

_____, den _____ 20____

(Stempel und Unterschrift)

Der Mitgliedsbeitrag beträgt gemäß § 2.1 der Beitragsordnung lt. Beschluss der Mitgliederversammlung am 07.11.2015 jährlich 280,00 €.