



Berufsverband der Rehabilitationsärzte  
Deutschlands e.V.  
Geschäftsstelle  
Messering 8, Haus F  
01067 Dresden

**Aufnahmeantrag in den Berufsverband der Rehabilitationsärzte Deutschlands e.V.**

Titel:		Vorname:		Name:	
geb. am:					

Arzt/FA für:					
Zusatzbezeichnungen:					
„in Weiterbildung zu“:					
Kliniker/Dienststellung:					
Vertragsarzt als:					
Angestellt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Selbstständig:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tätigkeitsprofil:					

Privatanschrift:

Straße, Hausnummer:				
Postleitzahl, Ort:			Bundesland:	
Tel.-Nr.:		Fax.-Nr.:		E-Mail:

Dienstanschrift:

Institution:				
Abteilung:				
Straße, Hausnummer:				
Postleitzahl, Ort:			Bundesland:	
Tel.-Nr.:		Fax.-Nr.:		E-Mail:

(Für eine effektive Kommunikation mit Ihnen benötigen wir mindestens eine E-Mail-Adresse.)

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als ordentliches Mitglied in den Berufsverband der Rehabilitationsärzte Deutschlands e.V. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass unter Einhaltung des Datenschutzes schriftlich oder per E-Mail Kontakt mit mir aufgenommen und meine Adresse im aktuellen Mitgliederverzeichnis des Berufsverbandes veröffentlicht werden kann.

Ich wünsche meine Nennung im öffentlichen Mitgliederverzeichnis:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> gar nicht                  | <input type="checkbox"/> nur mit Privatanschrift | <input type="checkbox"/> nur mit Dienstanschrift |
| <input type="checkbox"/> nur mit Telefonnummer      | <input type="checkbox"/> ohne Telefonnummer      | <input type="checkbox"/> nur mit E-Mail-Adresse  |
| <input type="checkbox"/> mit allen Daten            |  |  |
| <input type="checkbox"/> mit folgenden Daten: _____ |  |  |

(Falls Sie hier nichts angekreuzt haben, können wir Sie leider aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht in das öffentliche Mitgliederverzeichnis aufnehmen.)

Zutreffender Mitgliedsbeitrag/Jahr (bitte ankreuzen):

- |   |                      |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Chefärzte, Oberärzte, angestellte Fachärzte, niedergelassene Ärzte:    | 250,00 €             |
| <input type="checkbox"/> Assistenten in Weiterbildung zu Fachärzten für PRM:                    | 100,00 €             |
| <input type="checkbox"/> Doppelmitglieder DGPMR/BV:   | Nachlass von 25,00 € |
| <input type="checkbox"/> Mitglieder im Rentenalter, arbeitslose Mitglieder, Ärzte im Praktikum: | beitragsfrei         |
- (\*) Ärzte aus den ehemals neuen Bundesländern erhalten 2015 eine Beitragsreduzierung von 25,- €.

Die Korrespondenz mit dem Verband soll erfolgen an meine:  Privatanschrift  Dienstanschrift  
 Ich wünsche den Versand der Mitgliederzeitschrift an meine  Privatanschrift  Dienstanschrift

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum Unterschrift (Antragsteller)

Hiermit ermächtige/n ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lastenmeines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Geldinstitut			
IBAN		BIC	
Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragsteller):			

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum Unterschrift Kontoinhaber