

An den Verband Deutscher Badeärzte e.V.

Goethestraße 12
94072 Bad Füssing
Telefon: 0151 / 28764901
Fax: 08531 / 981358

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft im Verband Deutscher Badeärzte e.V.

Der Mitgliedsbeitrag beläuft sich auf Euro 160,00 pro Jahr und wird 4 x jährlich à Euro 40,00 per Lastschrift eingezogen oder 1 x jährlich per Überweisung bezahlt.

Name, Vorname, Titel: _____

Straße: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Tag der Approbation (Staatsexamen und praktisches Jahr): _____

Ggf. Tag der Anerkennung als Gebietsarzt für: _____

Ggf. Tag der Anerkennung einer Zusatzbezeichnung als: _____

Bisherige Badeärztliche Ausbildung: _____

Anerkennung als Badearzt von der
Zuständigen Landesärztekammer erteilt am: _____

Tag der Niederlassung: _____ in: _____

Beabsichtigen Sie, badeärztliche Kassenpraxis auszuüben: Ja / Nein

Ort, Datum: _____

Stempel / Unterschrift: _____