



Mitgliedsantrag im Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung

per Fax an 089 – 4141 4406 9

Hiermit beantrage/n ich/wir die Mitgliedschaft im Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V. Die Satzung des Vereins ist im Internet unter www.bv-asv.de veröffentlicht.

- Ich bin niedergelassener Arzt und beantrage eine ordentliche Mitgliedschaft.
(Ich biete Leistungen an, die dem Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung potentiell zuzuordnen sind, beispielsweise belegärztliche oder ambulante Operationen.)
- Ich bin Krankenhausarzt und beantrage eine ordentliche Mitgliedschaft.
(Ich verfüge über eine Berechtigung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V in der aktuellen Fassung.)
- Ich beantrage eine außerordentliche Mitgliedschaft.

Mitgliedsdaten für natürliche Personen:

* *Verpflichtende Angabe*

Titel:	Vorname*:	Nachname*:
Telefon:	Fax:	
Mobiltelefon:	Email*:	
Geburtsdatum:	Fachgruppe:	
Praxisanschrift / Unternehmensanschrift:		
PLZ*:	Ort:	Straße*:
Privatanschrift:		
PLZ*:	Ort:	Straße*:

Bitte nutzen Sie für Verbandskorrespondenz meine

- Privatanschrift
 Praxisanschrift



Mitgliedsdaten für juristische Personen:

* *Verpflichtende Angabe*

Name des Unternehmens*:		Rechtsform*:	
Unternehmenszweck:			
PLZ*:	Ort / Sitz:	Straße*:	
Handelsregisternummer:			
Ansprechpartner (Vor- / Nachname):		Position:	
Telefon:		Fax:	
Mobiltelefon:		Email*:	

Mit der Speicherung meiner/unserer Daten ausschließlich zu satzungsgemäßen Aufgaben bin ich/sind wir einverstanden. Von der Satzung habe ich/haben wir Kenntnis genommen und erkenne/n sie bei Aufnahme verbindlich an. Die Satzung kann im Internet unter www.bv-asv.de eingesehen werden. Es entstehen mit der Mitgliedschaft folgende Gebühren:

Jahresbeitrag für ordentliche Mitglieder:

300,- Euro

Der Jahresbeitrag für außerordentliche Mitglieder wird mit dem Vorstand individuell vereinbart.

- Ich möchte dem Verein darüber hinaus eine freiwillige Spende zukommen lassen:
- einmalig in Höhe von _____ Euro
 - jährlich in Höhe von _____ Euro

Wie sind Sie auf unseren Verband aufmerksam geworden?

- Veranstaltung
- Persönliches Gespräch mit dem Vorstand
- Empfehlung eines Kollegen
- Internet
- Sonstiges:

Ort, Datum

Unterschrift



Ermächtigung zum SEPA-Basis-Lastschriftverfahren:

Ich ermächtige den Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V. (BV ASV), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BV ASV auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber:	Bank:
IBAN: DE __ __ _____ _____	BIC: _____ __ _____

Wir werden bei den Einzügen folgende Gläubiger-Identifikationsnummer verwenden:

DE87ZZZ00000225189

Ort, Datum

Unterschrift