

An den Verband Deutscher Badeärzte e.V.
Elisabethstraße 7a

32545 Bad Oeynhausen
Telefon-Nr. 05731/21203
Telefax-Nr. 05731/260880

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

Der Mitgliedbeitrag beläuft sich für die neuen Bundesländer auf 166,00 Euro pro Jahr und wird 4 x jährlich à 29,00 Euro per Lastschrift eingezogen oder 1 x jährlich per Überweisung gezahlt.

Name, Vorname, Titel:

Straße:

Postleitzahl, Wohnort:

Telefon:

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: