

**An die Geschäftsstelle Gut Neuhof, Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld
Fax (02151) 4546925/26**

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN)
(Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, Arzt in Weiterbildung 90 €, Senior 60 €)
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (BDN)
(Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, Arzt in Weiterbildung 90 €, Senior 60 €)
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BDN und BVDN - zu gleichen Beitragskonditionen
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e.V. (BVDP)
(Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, Arzt in Weiterbildung 90 €, Senior 60 €)
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BVDP und BVDN - zu gleichen Beitragskonditionen
- Ich wünsche die **DREIFACHMITGLIEDSCHAFT** – BVDN, BDN und BVDP - zu gleichen Beitragskonditionen

Zusatztitel oder –Qualifikation (z.B. Psychotherapie, Sonografie): _____

Tel.-Nr.: _____ Fax _____

E./Mail/Internet: _____

- Ich bin niedergelassen In der Klinik tätig Chefarzt/ärztin Facharzt/ärztin
 Weiterbildungsassistent/in Neurologe/in Nervenarzt/ärztin Psychiater/in
 In Gemeinschaftspraxis tätig mit _____

Ich wünsche den kostenlosen Bezug einer der folgenden wissenschaftlichen Fachzeitschriften im Wert von > 170 € / Jahr. Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich

- Fortschritte Neurologie/Psychiatrie Aktuelle Neurologie PPM
 Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG Psychiatrische Praxis Balint-Journal
 Die Rehabilitation Psychotherapie im Dialog

Zum Eintritt erhalte ich die BVDN - Abrechnungskommentare (EBM, GOÄ, Gutachten, IGeL, Richtgrößen etc)

- gratis NERFAX - Rundfax erwünscht gratis Mailservice "Das muss man wissen..." gewünscht

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich den BVDN/BDN/BVDP (nicht Zutreffendes ggf. streichen) widerruflich, den von mir zu entrichtenden jährlichen Mitgliedsbeitrag einzuziehen

Konto-Nr: _____

Bei der _____ (BLZ) _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Einen Widerruf werde ich der Geschäftsstelle des Berufsverbandes mitteilen.

Name: _____

Adresse: _____

Ort /Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (incl. KV-Zulassungs-Nr.)