

AUFNAHMEANTRAG

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Staatsangehörigkeit _____

Strasse _____

Ort _____ Bundesland _____

KZV-Gebiet / Landesgruppe _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____ LZÄK-Bereich _____

Zahnärztliches Studium von _____ bis _____

Studienorte _____

Approbation: Wann? _____ Wo? _____

Ärztliches Studium ja nein von _____ bis _____

Ärztliche Approbation ja nein

Promotion nein Dr. med Dr. med. dent.

Sonstige, welche _____

Weiterbildung: Oralchirurgie Kieferchirurgie

Anerkennung der Weiterbildung: Welche LZK? _____ Wann? _____

Werdegang und Tätigkeiten nach dem Staatsexamen: _____

Jetzige Tätigkeit (Praxis, Klinik, Assistent, etc.) _____

Status selbstständig angestellt als _____ bei _____

Führen Sie eine Überweisungspraxis? ja nein

Sind Sie im klinischen Bereich tätig? ja nein

Sind Sie Mitglied einer oder mehrerer Fachgesellschaften? ja nein

Wenn ja, welcher: _____

Ich beantrage die **ordentliche Mitgliedschaft**

außerordentliche Mitgliedschaft

Die ordentliche Mitgliedschaft setzt eine abgeschlossene, anerkannte Weiterbildung voraus.

(Bitte die Anerkennungsurkunde in Kopie dem Antrag beilegen.)

Außerordentliche Mitglieder können auf Antrag aufgenommen werden.

Der Jahresbeitrag beträgt **300,00 EURO**.

Assistenten bezahlen **100,00 EURO**. (Bitte Assistentenbescheinigung von der Ausbildungsstelle beilegen.)

Ort _____ Datum _____

Unterschrift _____

(Praxisstempel)

Mit der Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass meine Angaben verbandsintern elektronisch gespeichert werden. Bitte senden Sie den Antrag an das BDO Büro z. Hd. Frau Müller, Hauptstr. 126, 56598 Rheinbrohl.
Tel.: 02635 9259607, Fax: 02635 9259609, E-Mail: BDO-MGV@t-online.de