

**An die Geschäftsstelle Gut Neuhof, Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld**  
**Fax (02151) 4546925/26**  
**E-Mail: [bvbn.bund@t-online.de](mailto:bvbn.bund@t-online.de)**

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN) - (Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, angestellter Arzt 300 €, Senior 60 €, Arzt in Weiterbildung 0 €)
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (BDN) - (Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, angestellter Arzt 300 €, Senior 60 €, Arzt in Weiterbildung 0 €)
- 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 €, angestellter Arzt 300 €, Senior 60 €, Arzt in Weiterbildung 0 €)
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BVDP und BVDN - zu gleichen Beitragskonditionen
- Ich wünsche die **DREIFACHMITGLIEDSCHAFT** – BVDN, BDN und BVDP - zu gleichen Beitragskonditionen

Das erste Jahr der Mitgliedschaft ist beitragsfrei, sofern die Mitgliedschaft mindestens ein weiteres Jahr besteht.

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  Psychotherapie im Dialog  PPMp
- Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG  Psychiatrische Praxis  Balint-Journal
- Die Rehabilitation

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 mit zu entrichtenden jährlichen Mitgliedsbeitrag einzuziehen

IBAN: \_\_\_\_\_

Bei der \_\_\_\_\_ (BIC) \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Praxisstempel (incl. KV-Zulassungs-Nr.)

Die Daten werden von der Verwaltung des Berufsverbandes auf elektronische Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert, mit dieser Maßnahme bin ich einverstanden.

Unterschrift: \_\_\_\_\_