

Mitgliedsantrag

Ärzte und Ärztinnenverband Long COVID

Name, Titel:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Fachgebiet:	<input type="text"/>
Straße (Praxis):	<input type="text"/>	Straße (privat):	<input type="text"/>
PLZ/Ort (Praxis):	<input type="text"/>	PLZ/Ort (privat):	<input type="text"/>
Telefon (Praxis):	<input type="text"/>	Telefon (privat):	<input type="text"/>
Fax (Praxis):	<input type="text"/>	Fax (privat):	<input type="text"/>
E-Mail (Praxis):	<input type="text"/>	E-Mail (privat):	<input type="text"/>
LANR:	<input type="text"/>	BSNR:	<input type="text"/>
NBSNR:	<input type="text"/>		

Kontakt

Median Klinik Heiligendamm
Chefarztsekretariat Klinik für
Atemwegserkrankungen und Allergien

Frau Jasamin Reisdorf
Kinderstrand 1
18209 Heiligendamm

jasamin.reisdorf@median-kliniken.de
Tel: +49(0) 38203 44645
Fax: +49(0) 38203 44602

Fachbereich:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hausärzte (gemäß § 73 SGB V ohne Kinder- und Jugendmedizin) | <input type="checkbox"/> Intensivmedizin |
| <input type="checkbox"/> Hygiene-, Umwelt- und Arbeitsmedizin sowie öffentliches Gesundheitswesen | <input type="checkbox"/> Gynäkologie, Urologie und Reproduktionsmedizin |
| <input type="checkbox"/> HNO- (insbesondere Phoniatrie und Pädaudiologie) und Augenärzte sowie Dermatologen | <input type="checkbox"/> Labor (Humangenetik, Biochemie, Pharmakologie, Labor- und Transfusionsmedizin) und Physiologie |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin (alle Facharztbereiche und Schwerpunktbereiche der inneren Medizin außer hausärztlich tätige Internisten) | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychosomatik | <input type="checkbox"/> Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie |
| <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Physikalische und rehabilitative Medizin |
| <input type="checkbox"/> Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ |

Kontodaten:

IBAN:	<input type="text"/>		
BIC:	<input type="text"/>	Kreditinstitut:	<input type="text"/>

Mit der Abbuchung meines Mitgliedsbeitrages erkläre ich mich einverstanden. Der Mitgliedsbeitrag beträgt für Ordentliche Mitglieder (Ärzt:innen) 99,- EUR pro Jahr. Für Außerordentliche (Mitglieder nichtärztlicher Berufsgruppen, Student:innen) 49,- EUR pro Jahr. Mitgliedsbeiträge werden bei Antragstellung für das erste Jahr anteilig ab dem ersten begonnenen Quartal berechnet. Ebenso erkläre ich mich einverstanden mit der Speicherung meiner Daten ausschließlich zu satzungsgemäßen Aufgaben. Die Satzung unter www.Ärzteverband-longcovid.de und die Datenschutzhinweise ebenfalls unter www.Ärzteverband-longcovid.de habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne diese mit meiner Unterschrift ausdrücklich verbindlich an. **Wenn Sie als Institution oder Firma Mitglied werden wollen, nehmen Sie bitte Kontakt zu uns auf. Die Mitgliedsbeiträge hierfür belaufen sich nach Vereinbarung.**

Ich beantrage eine Mitgliedschaft als: Ordentliches Mitglied (s.o.) Außerordentliches Mitglied (s.o.) Institution / Firma (s.o.)

Ort, Datum: Unterschrift: _____

Weiterbildungsbefugnis: ja nein

Interesse an einer Mitarbeit innerhalb des Verbandes (welche?):

Datum

Unterschrift

Praxisstempel