

Beitrittserklärung

Hiermit trete ich als Praxisinhaber/in dem Bundesverband für Ambulantes Operieren e. V. (BAO) und dem entsprechenden Landesverband (LAO) bei.

Mit dieser persönlichen Mitgliedschaft erwirke ich auch das aktive und passive Wahlrecht.

Tragen Sie hier bitte Ihre persönlichen Daten ein.

Titel:	Fachrichtung:
Vorname:	Tel.:
Name:	Mobil:
Straße:	Persönliche E-Mail für Mitgliederinformationen:
PLZ:	
Ort:	Geburtsdatum:
Bundesland:	Anzahl der Arztsitze in der Praxis:

Entnehmen Sie bitte Ihren Jahresbeitrag der folgenden Beitragsordnung:

Ordentliche Mitglieder (nur natürliche Personen):		
Kategorie 1	EP	250.-€
Kategorie 2	GP/BAG/MVZ mit 2	270.-€
	mit 3	300.-€
	mit 4	350.-€
Kategorie 3	GP/BAG/MVZ mit >5 ÄrztInnen	500.-€
Kategorie 4	RuheständlerInnen	50.-€
Außerordentliche Mitglieder (auch juristische Personen) ohne aktives und passives Wahlrecht		
Verbände	Beitrag in Abhängigkeit der Mitgliederzahl	setzt Präsidium fest
Andere Organisationen / interessierte Einzelpersonen		setzt Präsidium fest

Der Mitgliedsbeitrag ist jährlich in der 2. Januarwoche fällig und wird – bei Einwilligung – per Lastschriftverfahren eingezogen. Dafür bitte Seite 2 „SEPA-Einwilligung“ ausfüllen. Vier Wochen vor dem Einzug der Beiträge erhalten Sie digital eine Einzugsankündigung.

SEPA-Lastschrift-Mandat für BAO e.V.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger):	BAO e.V. Geschäftsstelle Joachim-Karnatz-Allee 7 10557 Berlin
Gläubigeridentifikationsnummer	DE60ZZZ00000580404
Mitgliedsbeitrag gemäß Selbsteinstufung nach Beitragsordnung, Seite 1 (in €)	<i>bitte hier eintragen:</i>
Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/>	Einmalige Zahlung <input type="checkbox"/>

Ich ermächtige den Bundesverband für ambulantes Operieren e.V. die fälligen Mitgliedsbeiträge von dem folgenden Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich das Kreditinstitut an, die von diesem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Mitglied (Vorname, Nachname)	
Kontoinhaber (Vorname, Nachname oder Firmenname)	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Land	

Bankverbindung	
Institut	
IBAN	
BIC	

Hinweis: Diese erteilte Einzugsermächtigung kann jederzeit textlich (digital oder analog) widerrufen werden.

Ort und Datum	Unterschrift

Gewünschter Eintrag in unser Ärzteverzeichnis auf www.operieren.de

*Bitte tragen Sie hier Ihren gewünschten Eintrag in unser Ärzteverzeichnis ein.
Geben Sie bitte auch Leistungsbesonderheiten an.*

Zu veröffentlichende Daten:

Titel	Fachrichtung:
Vorname:	Praxis-Tel:
Name:	E-Mail für Patienten
Praxisname:	Leistungsschwerpunkte:
Website:	
Bundesland, ggf. mehrere Bundesländer oder KVen:	

*Diese Daten werden nicht zu anderen als den oben genannten Zwecken verwendet.
Nach dem Ende Ihrer Mitgliedschaft werden alle Daten
auf unseren Rechnern und Datenbanken gelöscht.*

Sie haben jederzeit die Möglichkeit Ihre Daten sperren oder löschen zu lassen.
Schreiben Sie uns hierfür einfach eine Email an die Geschäftsstelle buero@bao.berlin .

Mit der Veröffentlichung der oben genannten Daten bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift:
