



Per Fax an : 030 – 3137827
Bitte ausdrucken und an BDA in
Berlin und Brandenburg senden.

BDA
Bleibtreustraße 24

10707 Berlin

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied in den Berufsverband der Allgemeinärzte in Berlin und Brandenburg Hausärzterverband e. V. - (BDA) zu einem Jahresbeitrag von Euro 240,-- jährlich/ a.o. Mitglieder Euro 120,-- / Weiterbildungsassistenten, arbeitslose Ärzte Euro 60,--

.....
(Name)

.....
(Vorname)

.....
(Geburtsdatum)

.....
(Telefon / Fax)

.....
(Strasse / Ort)

.....
(Arzt / LANR)

Beiträge zahle ich gegen Rechnung auf das folgende Konto:

Konto 000 1003 933,
BLZ 100 906 03,
Deutsche Apotheker- und Ärztebank

.....
Datum und Unterschrift



Machen Sie ruhig die Augen auf ! Nur in der Gemeinschaft besteht die Chance, daß sich etwas zu Ihren Gunsten ändert. Werden auch Sie Mitglied im BDA - Ihrer Vertretung der Allgemeinmediziner, Hausärzte und Praktiker in Berlin und Brandenburg.

Berufsverband der Allgemeinärzte in Berlin und Brandenburg - Hausärzterverband e.V. (BDA)
Bleibtreustr. 24, 10707 Berlin

Telefon 030/3129243 - Fax 030/3137827