

Berufsverband der Ärzte für Physikalische  
und Rehabilitative Medizin e.V.  
Geschäftsstelle  
Tzschimmerstraße 30  
01309 Dresden

**Aufnahmeantrag in den Berufsverband der Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V.**

Titel:		Vorname:		Name:	
geb. am:					

Arzt/FA für:					
Zusatzbezeichnungen:					
„in Weiterbildung zu“:					
Kliniker/Dienststellung:					
Vertragsarzt als:					
Angestellt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Selbstständig:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tätigkeitsprofil:					

Privatanschrift:

Straße, Hausnummer:				
Postleitzahl, Ort:			Bundesland:	
Tel.-Nr.:		Fax.-Nr.:		E-Mail:

Dienstanschrift:

Institution:				
Abteilung:				
Straße, Hausnummer:				
Postleitzahl, Ort:			Bundesland:	
Tel.-Nr.:		Fax.-Nr.:		E-Mail:

(Für eine effektive Kommunikation mit Ihnen benötigen wir mindestens eine E-Mail-Adresse.)

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als ordentliches Mitglied in den Berufsverband der Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass unter Einhaltung des Datenschutzes schriftlich oder per E-Mail Kontakt mit mir aufgenommen und meine Adresse im aktuellen Mitgliederverzeichnis des Berufsverbandes veröffentlicht werden kann.

Ich wünsche meine Nennung im öffentlichen Mitgliederverzeichnis:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> gar nicht                  | <input type="checkbox"/> nur mit Privatanschrift | <input type="checkbox"/> nur mit Dienstanschrift |
| <input type="checkbox"/> nur mit Telefonnummer      | <input type="checkbox"/> ohne Telefonnummer      | <input type="checkbox"/> nur mit E-Mail-Adresse  |
| <input type="checkbox"/> mit allen Daten            |  |  |
| <input type="checkbox"/> mit folgenden Daten: _____ |  |  |

(Falls Sie hier nichts angekreuzt haben, können wir Sie leider aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht in das öffentliche Mitgliederverzeichnis aufnehmen.)

Zutreffender Mitgliedsbeitrag/Jahr (bitte ankreuzen):

- |   |                      |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Chefärzte, Oberärzte, angestellte Fachärzte, niedergelassene Ärzte:    | 250,00 €             |
| <input type="checkbox"/> Assistenten in Weiterbildung zu Fachärzten für PRM:                    | 100,00 €             |
| <input type="checkbox"/> Doppelmitglieder DGPMR/BV:   | Nachlass von 25,00 € |
| <input type="checkbox"/> Mitglieder im Rentenalter, arbeitslose Mitglieder, Ärzte im Praktikum: | beitragsfrei         |

Die Korrespondenz mit dem Verband soll erfolgen an meine:  Privatanschrift  Dienstanschrift  
 Ich wünsche den Versand der Mitgliederzeitschrift an meine  Privatanschrift  Dienstanschrift

Mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung meiner Daten, gemäß der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), im Rahmen der satzungsmäßigen Aufgaben des BVPRM, bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Antragsteller)

Hiermit ermächtige/n ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lastenmeines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Geldinstitut			
IBAN		BIC	
Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragsteller):			

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber