



ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT IM BNGO E.V.

Den Antrag bitte in Druckschrift ausfüllen
und dann unterschrieben per Post
an den BNGO e.V. zusenden.

Angaben zur Praxis

Anrede, Titel

Vorname, Nachname

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Telefax

E-Mail

Datum der Niederlassung und Praxisnummer

Einzugsermächtigung (obligatorisch)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag (in der jeweils von der Mitgliederversammlung gem. §4 Abs.2 BNGO-Satzung beschlossenen Höhe, z.Z. 400 Euro p.a. (300 Euro bei mehreren BNGO-Mitgliedern in einer Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft)) widerruflich von meinem Konto eingezogen wird.

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Institut und Ort des Sitzes

Erklärung

Ich bin ein in Deutschland niedergelassener oder ambulant tätiger Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und betreue schwerpunktmäßig onkologische Patienten. Ich erkläre mich bereit, dieses auf Anfrage durch ergänzende Informationen/Unterlagen glaubhaft zu machen.

Datum, Unterschrift und Praxisstempel