**Aufnahmeantrag**

Hiermit beantrage ich, als ordentliches Mitglied in den Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden e.V. (BDK) aufgenommen zu werden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Herr/Frau, Titel, Vorname, Name |  | Geburtsdatum |
| (c/o), Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer |  |  |
| Telefon, Fax |  |  |
| Emailadresse |  | Homepage |

Mir wurde von der Landeszahnärztekammer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ die Fachgebietsbezeichnung Fachzahnarzt/ärztin für Kieferorthopädie / Kieferorthopädin/Kieferorthopäde zuerkannt - **(bitte eine Kopie der Urkunde beifügen).**

Ich bin:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | auf dem Fachgebiet der Kieferorthopädie in freier Praxis tätig. |
|  |  | als angestellte/r Kieferorthopädin/e in der Praxis:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  tätig. |
|  |  | im öffentlichen Dienst, ausgenommen Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, beschäftigt und auf dem Fachgebiet der Kieferorthopädie tätig. |
|  |  | als Hochschullehrer auf dem Fachgebiet der Kieferorthopädie tätig. |
|  |  | Ehegatte eines des BDK-Mitglieds \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_ |

Ich bin damit einverstanden, dass meine Mitgliederdaten elektronisch erfasst, aktualisiert und für Leistungen im Rahmen der Mitgliedschaft genutzt werden. Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden verwendet Mitgliederdaten ausschließlich für verbandsinterne Zwecke, z.B. zum Versand von Einladungen, Rundschreiben, des Mitgliedermagazins usw..

Die Unterzeichnerin / der Unterzeichner erlaubt dem BDK folgende Daten über die Funktion “KFO-Suche“, zur Suche nach fachzahnärztlich-kieferorthopädischen Praxen die Mitglied des BDK sind, online zu veröffentlichen:

•             Titel, Vorname, Nachname

•             Anschrift (hierbei handelt es sich um die beim Verband hinterlegte Praxisanschrift)

•             Telefonnummer

•             Homepage

Das Vereinsmitglied kann seine Einwilligung jederzeit zurückziehen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum        Unterschrift

Ich bin Mitglied der Landeszahnärztekammer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Datum der Niederlassung/Anstellung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift

**SEPA-Basislastschriftmandat**

**(SEPA Core Direct Debit**)

Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden Bundesgeschäftsstelle

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE49ZZZ00001247940**

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Ich ermächtige den Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden (BDK), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name des Kontoinhabers Straße und Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort Kreditinstitut

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **D** | **E** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

IBAN (International Bank Account Number) BIC (Business Identifier Code)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift

Zahlungen von