

Antrag auf Mitgliedschaft im BNHO e.V. (3 Seiten)

Meine Mitgliedsdaten

Titel/Vorname/Name	
Name der Praxis/MVZ/BAG	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon	
Fax	
Praxis-Homepage	
E-Mail	
Mobil	
Geburtsdatum	
Fachrichtung	
Schwerpunkt	
Zusatz Palliativversorgung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Weiterbildungsermächtigung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Monate der Weiterbildungsermächtigung	Monate
Niederlassungsdatum	
Kassenärztliche Vereinigung (KV)	
DGHO-Mitglied	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ich trage unternehmerische Verantwortung	
- in eigener Praxis/BAG mit KV-Sitz	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
- als Gesellschafter eines MVZ mit KV-Sitz	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin angestellt in	
- einer Praxis/BAG mit KV-Sitz	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
- einem MVZ mit KV-Sitz	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz

Die personenbezogenen Daten, insbesondere die Stammdaten, Kontaktdaten und Daten zur Niederlassung sowie Kontodaten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben und gespeichert.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im Folgenden Abschnitt **freiwillig** erteilen.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Falls Sie mit dem nachstehenden Nutzungszweck einverstanden sind, bitten wir Sie, das folgende Feld anzukreuzen:

- Einwilligung zur Veröffentlichung meiner Angaben (Titel, Vorname, Nachname, Praxisanschrift des Hauptsitzes bzw. ggf. der Zweigstelle, Homepage, Telefon- und Faxnummer sowie KV-Sitz) auf der BNHO-Homepage im Bereich „Arztuche“

Wenn Sie die Zusendung folgender Zeitschriften wünschen, bitten wir Sie, die entsprechenden Felder anzukreuzen:

- „InFo Hämatologie + Onkologie“ der Springer Medizin Verlag GmbH
- „DLH-Infozeitung“ der Deutschen Leukämie- und Lymphom-Hilfe

Ich möchte Mitglied im **Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Deutschland e.V.** werden und beantrage hiermit die Mitgliedschaft nach § 3 Abs. 1 der Satzung des BNHO e.V.

Die Satzung des Vereins ist im Internet unter www.bnho.de veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte den ausgefüllten Mitgliedsantrag zurücksenden an:
E-Mail: info@bnho.de
Fax: 0221 99 87 98 22



SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate) für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren / for SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen
und Ärzte für Hämatologie und Medizinische
Onkologie in Deutschland e. V. (BNHO e.V.)
Sachsenring 57**

50677 Köln

*Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments*

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE07ZZZ00000508899

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den **BNHO e.V.** den Mitgliedsbeitrag (in der jeweils von der Mitgliederversammlung beschlossenen Höhe) von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

- Mitglieder, die nach Art und Zuschnitt ihrer Tätigkeit unternehmerische Mitverantwortung tragen, zahlen halbjährlich einen Mitgliedsbeitrag von 480,- €.
- Angestellte Fachärztinnen und Fachärzte ohne unternehmerische Verantwortung zahlen halbjährlich einen Mitgliedsbeitrag in Höhe von 240,- €.
- Emeritus-Mitglieder zahlen halbjährlich einen reduzierten Anteil in Höhe von 48,- €.

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom **BNHO e.V.** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort
Kreditinstitut
BIC
IBAN

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------