

# Berliner Dermatologische Gesellschaft e.V.

## Vereinigung der Dermatologen in Berlin und Brandenburg



BDG, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin

*Präsident:*

Dr. med. Ralf Hartmann

*Sekretariat:*

c/o Sigrid Heyd  
 Marienbader Str. 8  
 14199 Berlin

Tel.: 030/30 30 77 00  
 Fax: 030/30 30 77 01  
 s.heyd@bdg-derma.de

Finanzamt für Körperschaften I  
 Steuernr.: 27/640/53895

<b>Ordentliche Mitglieder</b> (Ärztinnen/Ärzte mit Facharztausbildung)	<b>Außerordentliche Mitglieder</b> (Approbierte Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung)
Zwei Bürgschaftserklärungen  (jede von einem ordentl. BDG-Mitglied unterschrieben)	Zwei Bürgschaftserklärungen  (jede von einem ordentl. BDG-Mitglied unterschrieben)
Kopie der Facharztternennungsurkunde	Kopie der Approbationsurkunde
Berufliche und private Anschrift (mit ausgeschriebenen Vornamen)	Berufliche und private Anschrift (mit ausgeschriebenen Vornamen)
	Angabe von Beginn und Ende der Facharztausbildung

### Mitgliedsbeitrag:

	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Außerordentliche Mitglieder</b>
<b>Jährlicher Gesamtbeitrag</b>	€ 30,00	€ 7,50

Stand: Februar 2015

Über eine eventuelle Adressänderung werde ich das Sekretariat der BDG

Berliner Dermatologische Gesellschaft  
c/o Sigrid Heyd  
Marienbader Str. 8, 14199 Berlin

Fax 030-30 30 77 01

unverzüglich informieren.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift, Stempel \_\_\_\_\_

### Berufliche Anschrift des Antragstellers

Titel, Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Klinik/Institut/Praxis: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon- und Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Internetadresse: \_\_\_\_\_

### Private Anschrift des Antragstellers

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. / Fax: \_\_\_\_\_

Herrn  
Dr. med. Ralf Hartmann  
Präsident der BDG  
*Sekretariat*  
c/o Sigrid Heyd  
Marienbader Str. 8  
14199 Berlin

Tel.: 030/30 30 77 00  
Fax: 030/30 30 77 01  
s.heyd@bdg-derma.de

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

Hiermit bitte ich, Frau/Herr \_\_\_\_\_

Als   ordentliches Mitglied  
      außerordentl. Mitglied   (Nichtzutreffendes bitte streichen)

in der Berliner Dermatologische Gesellschaft aufgenommen zu werden.

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

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Klinik- oder Praxisstempel

1. Bürge

2. Bürge

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Schatzmeister

**Ermächtigung zum Einzug der Mitgliedsbeträge der  
Berliner Dermatologischen Gesellschaft  
mittels Lastschrift**

Hiermit ermächtige ich die Berliner Dermatologische Gesellschaft widerruflich, den jährlichen Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Name des Mitgliedes: \_\_\_\_\_

Kontonummer/IBAN: \_\_\_\_\_

Kontoführendes Kreditinstitut/  
(genaue Bezeichnung) \_\_\_\_\_

Bankleitzahl/BIC: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift