

# AUFNAHMEANTRAG

Aktionsbündnis Urologie (ABU)  
Dachverband der Bayerischen Urologen e.V.  
Hauptstr. 82, 82467 Garmisch-Partenkirchen  
Tel: 08821-75 28 497, Fax: 08821-75 28 498  
Mail: [kontakt@abuweb.de](mailto:kontakt@abuweb.de)  
Homepage: [www.abuweb.de](http://www.abuweb.de)



Hiermit beantrage ich die Aufnahme in das ABU – Dachverband bayerischer Urologen e.V.

**Herr / Frau**

\_\_\_\_\_  
**Name**

\_\_\_\_\_  
**Vorname**

\_\_\_\_\_  
**Titel**

**Geburtsdatum (freiwillig):**

Niedergelassen seit

angestellt: ja / nein

Belegärztlich tätig: ja / nein

Einzelpraxis: ja / nein

öBAG: ja / nein

üBAG: ja/nein

MVZ: ja / nein

**Praxisadresse:**

\_\_\_\_\_  
**PLZ**

\_\_\_\_\_  
**Ort**

\_\_\_\_\_  
**Strasse**

\_\_\_\_\_  
**Tel.**

\_\_\_\_\_  
**Mobil (freiwillig; nur für interne Kommunikation)**

**Internetadresse: www.**\_\_\_\_\_

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

**Abbuchungsermächtigung (obligatorisch):**

Hiermit ermächtige ich das Aktionsbündnis Urologie (ABU) e.V. – Dachverband der bayerischen Urologen, die Beiträge (aktuell 120 Euro pro Jahr für selbständig Tätige bzw. 60 Euro für Angestellte) von nachfolgendem Konto abbuchen zu lassen:

DE \_\_\_\_\_

**IBAN**

\_\_\_\_\_ **BIC**

\_\_\_\_\_  
**Kontoinhaber (wenn abweichend vom Antragsteller)**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Beitrittserklärung**

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Abbuchungsermächtigung**

**Beitrittserklärung zurück**

per E-Mail an [kontakt@abuweb.de](mailto:kontakt@abuweb.de) oder

per Fax an 08821-7528498

**Info:**

Sensible Daten wie E-Mail-Adresse oder Handynummern werden nur für notwendige organisatorische Maßnahmen verwendet. Auf gar keinen Fall werden diese irgendwo veröffentlicht.

**Die Mitgliedschaft im ABU ist personenbezogen und muss deswegen bei Praxisgemeinschaften, Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ für jede Ärztin bzw. jeden Arzt separat beantragt werden.**