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
Homepage: 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 150 Euro pro Jahr für selbständig Tätige bzw. 75 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 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.