

**Geschäftsstelle**  
Glinkastraße 32  
10117 Berlin  
Tel.: 030.887 22 55-2  
Fax: 030.887 22 55-9  
E-Mail: info@urologie-gestalten.de  
www.urologie-gestalten.de



Bitte beachten Sie, dass es sich bei Angaben mit Sternchen (\*) um Pflichtangaben handelt, soweit diese auf Sie zutreffen.

## Beitrittserklärung

Name\* Titel Geburtsdatum\*

Vorname\*

EFN-Nummer

Ärztin / Arzt ab  
in Weiterbildung\*

Fachärztin / Facharzt für Urologie\*

### Kontaktdaten privat\*

Straße

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

### Angestellte/r Ärztin / Arzt\*

Chefärztin / Chefarzt

Oberärztin / -arzt

Assistenzärztin / -arzt

Fachärztin / -arzt

### Niedergelassene/r Ärztin / Arzt\*

Einzelpraxis

Gemeinschaftspraxis

BAG

ÜBAG

Fachübergreifende BAG

### Ärztin / Arzt im Ruhestand\*

Ja ab

### Weitere Angaben

Belegärztin / -arzt

Andrologie

Weiterbildungsermächtigung

MTT

### Ärztammerbereich

#### Kontaktdaten dienstlich

Klinik

Institution

MVZ

Praxis

Sonstige

Straße

PLZ / Ort

Telefon

Telefax

E-Mail

Web

Datum\*

Eigenhändige Unterschrift\*

Bitte senden Sie die ausgefüllte und unterschriebene Beitrittserklärung an die Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Deutschen Urologie e.V.