

Geschäftsstelle

Glinkastraße 32

10117 Berlin

Tel.: 030.887 22 55-2

Fax: 030.887 22 55-9

E-Mail: info@urologie-gestalten.dewww.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

Ärztchamberbereich**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.