



Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V., BAO

Sterntorbrücke 1, 53111 Bonn, Tel.: 0228/692423, Fax: 0228/631715, Email: baobonn@t-online.de
www.operieren.de

Beitrittserklärung

Hiermit trete ich in den Bundesverband für Ambulantes Operieren e. V. (BAO) und LAO ein.

Titel: Name:

Vorname: Geburtsdatum:

Straße:

PLZ: Ort:

Bundesland:

Tel.: Fax: E-Mail:

Internetadresse:

Einzugsermächtigung mittels Lastschrift

Hiermit ermächtige ich den BAO widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen (185,- Euro jährlich) bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Bank:

BLZ: Kto.Nr.:

Kontoinhaber (falls nicht identisch mit Antragsteller):

Datum: Unterschrift:

Ich bin damit einverstanden, daß der BAO meine Adresse auf Anfrage weitergibt:

ja nein

Praxisdaten:

Fachrichtung:

Belegarzt: ja nein

Eigene OP-Einrichtung: ja nein

KV-Bezirk:

Kassenarzt Nummer:

Durchschnittliche jährliche OP-Anzahl: davon in:

Lokalanästhesie:

Leitungsanästhesie:

Intubationsnarkose: