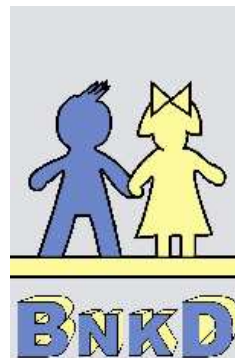


Berufsverband der niedergelassenen Kinderchirurgen Deutschlands (BNKD) e.V.



Hiermit gebe ich meine Zustimmung zum Eintrag meiner Praxisadresse auf der Internetseite des BNKD.

– Bitte in Druckbuchstaben! –

Name

Vorname

Titel

Praxisanschrift

.....

Bundesland

Telefon

Fax

E-Mail (Praxis)

E-Mail (Privat)

(wird nicht veröffentlicht)

Bezeichnung der Praxis (z. B. Praxis für ..., Kinderchirurgische Praxis, ambulante Operationen, D-Arzt, H-Arzt, Tagesklinik etc.)

.....

.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift / Stempel

Vorstand: 1. Vorsitzender: Dr. Andreas Schmidt, Augsburg - 2. Vorsitzender: Dr. Ralf Tanz, Erfurt
Schriftführer: Dr. Anne-Katrin Eckstein, Kronshagen - Schatzmeister: Dr. Regina Pankrath, Berlin
Beisitzer: Dr. Wilhelm Farwick, Bonn - Dr. Bülent Yilmaz, Bielefeld
Bankverbindung: Sparkasse Berlin, Kto.-Nr. 1 350 010 770, BLZ 100 500 00
Sitz des Berufsverbandes: 12157 Berlin, Grazer Damm 113-119
Internet: <http://www.Kinderchirurgie.com> - E-mail: Info@Kinderchirurgie.com