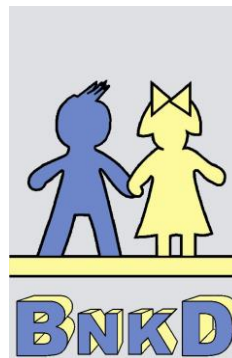


# Berufsverband der niedergelassenen Kinderchirurgen Deutschlands (BNKD) e.V.



## Zustimmung zum Eintrag der Praxisadresse auf [www.kinderchirurgie.com](http://www.kinderchirurgie.com)

Hiermit gebe ich meine Zustimmung zum Eintrag meiner Praxisadresse auf der Internetseite des BNKD. Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

– Bitte vollständig in Druckbuchstaben ausfüllen! –

Name .....

Vorname .....

Titel .....

Facharztbezeichnung(en) .....

Praxisanschrift .....

Bundesland .....

Homepage (URL) .....

Telefon .....

Fax .....

E-Mail (Praxis) .....

E-Mail (Privat) .....

(wird nicht veröffentlicht)

Bezeichnung der Praxis .....

(z. B. Praxis für ..., D-Arzt, H-Arzt,

Kinderchirurgische Praxis, ambulante .....

Operationen Tagesklinik etc.)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift / Stempel

**Bitte beachten Sie, dass nur vollständig ausgefüllte, mit Stempel und Unterschrift versehene Formulare berücksichtigt werden!**

Vorstand: 1. Vorsitzender: Dr. Bülent Yilmaz, Bielefeld - 2. Vorsitzender: Dr. Thomas Kugler, Ulm  
Schriftführer: Dr. Ralf Lippert, Bremen - Schatzmeister: Dr. Silke Shehadeh-Vetters, Stralsund  
Beisitzer: Dr. Marc J. Jorysz, Traunstein - Claudia Maaß, Kronshagen  
Bankverbindung: Sparkasse Berlin, IBAN: DE31 1005 0000 1350 0107 70, BIC: BELADEBEXXX  
Sitz des Berufsverbandes: 12157 Berlin, Grazer Damm 113-119  
Internet: <http://www.Kinderchirurgie.com> - E-mail: [Info@Kinderchirurgie.com](mailto:Info@Kinderchirurgie.com)  
Steuer Nummer: 27/620/55317, Finanzamt für Körperschaften I, 13347 Berlin