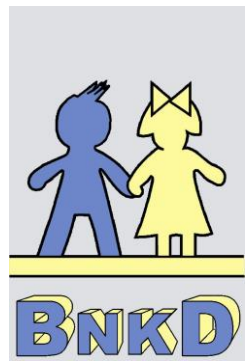


Berufsverband der niedergelassenen Kinderchirurgen Deutschlands (BNKD) e.V.



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

– 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.)

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine beruflichen
Kontaktdaten im Rahmen der bestehenden
Kooperation zwischen BNKD und BNC nach
meiner Aufnahme auch an den Berufsverband der
niedergelassenen Chirurgen übermittelt werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift / Stempel

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

Vorstand: 1. Vorsitzender: Dr. Ralf Lippert, Bremen – 2. Vorsitzender: Dr. Thomas Kugler, Ulm
Schriftführer: Elena Mastragelopulu, Bielefeld – Schatzmeister: Dr. Silke Shehadeh-Vetters, Stralsund
Beisitzer: Dr. Marc J. Jorysz, Traunstein – Dr. Jens Börner, Dresden
Bankverbindung: Sparkasse Berlin, IBAN: DE31 1005 0000 1350 0107 70, BIC: BELADEBEXX
Sitz des Berufsverbandes: Große Parower Straße 47-53, 18435 Stralsund
Internet: <http://www.Kinderchirurgie.com> – E-mail: Info@Kinderchirurgie.com
Steuernummer: 27/620/55317, Finanzamt für Körperschaften I, 13347 Berlin