

Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V., BAO

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

Beitrittserklärung

Hiermit trete ich in den Bundesverband für Ambulantes Operieren e. V. (BAO) ein, sowie dem Landesverband für Ambulantes Operieren **Wesfalen-Lippe**.

Titel: Name:

Vorname:

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.:

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:

Kassenarztnummer:

Durchschnittliche jährliche OP-Anzahl: davon in:

Lokalanästhesie:

Leitungsanästhesie:

Intubationsnarkose: