



BEITRITTSERKLÄRUNG

EINTRITTSDATUM _____
(nach dem 30.06. des laufenden Jahres wird nur der halbe Beitrag fällig)

Titel _____

Nachname _____

Vorname _____

PRAXIS-/KLINIKADRESSE

Klinikname _____

Straße _____

PLZ | Ort _____

Telefon | Fax _____

E-Mail _____

PRIVATADRESSE

Straße _____

PLZ | Ort _____

Telefon | Fax _____

E-Mail _____

Nationalität _____

Geschlecht männlich weiblich

Geburtsdatum _____

Landesärztekammer _____

Bezirksärztekammer _____

Kassenärztliche Vereinigung _____

KV-Bezirksstelle _____

ÄNDERUNGSMITTEILUNG

Mitgliedsnummer: _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. nennen,
Statusänderungen bitte mit „Änderungsmitteilung“ an die
Geschäftsstelle bekannt geben.

BESONDERE QUALIFIKATIONEN:

- Mammographie
- Ambulante Operationen
- Naturheilverfahren
- Akupunktur
- Sonstige _____

SCHWERPUNKT/E:

- Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
- Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
- Gynäkologische Onkologie

BESONDERE GENEHMIGUNG

zur Durchführung und Abrechnung in der vertragsärztlichen
Versorgung (falls vorhanden, bitte ankreuzen):

- Weiterführende differentialdiagnostische sonographische
Untersuchung bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder
auf fetale Erkrankungen oder bei erhöhtem Risiko
(B-Mode-Verfahren)
- Feto-maternales Gefäßsystem (CW-Doppler-Verfahren)
- Fetale Echokardiographie (Duplex-Verfahren)
- Feto-maternales Gefäßsystem (Duplex-Verfahren)
- Brustdrüse (B-Mode-Verfahren)
- Zytologie
- Psychosomatik nach Nr. 35100/35110 EBM
- Qualifikationen nach Onkologie-Vereinbarung

Bitte in einem Fensterkuvert senden an:

Berufsverband der Frauenärzte e.V.
Mitgliederverwaltung
Postfach 20 03 63
80003 München

→ **BEITRAGSSÄTZE**

- Niedergelassene/r Frauenärztin/-arzt **Euro 295,-**
 - in Berufsausübungsgemeinschaft
 - Belegärztin/-arzt

- Niedergelassene/r Frauenärztin/-arzt **Euro 190,-**
 - im 1. Jahr der Niederlassung (auf Antrag)
 - Datum der Niederlassung _____
 - in Berufsausübungsgemeinschaft
 - Belegärztin/-arzt

- Chefärztin/-arzt **Euro 295,-**
 - Leitende Ärztin/Leitender Arzt
 - Ärztliche Direktorin/Ärztlicher Direktor

- Oberärztin/-arzt **Euro 130,-**

- In Klinik oder Praxis, in Industrie und Forschung sowie bei anderen Organisationen angestellte/r sowie beamtete/r Frauenärztin/-arzt **Euro 130,-**
nach Abschluss der Gebietsweiterbildung

- In Klinik oder Praxis, in Industrie und Forschung sowie bei anderen Organisationen angestellte/r sowie beamtete/r Ärztin/Arzt **beitragsfrei**
vor Abschluss der Gebietsweiterbildung im _____ Jahr der Gebietsweiterbildung.

- Vertretungstätigkeit **Euro 130,-**

- Im Ruhestand (auf Antrag) **Euro 70,-**

- Arbeitslose/r Frauenärztin/-arzt (mit Nachweis) **beitragsfrei**

- Im Ausland tätige/r Frauenärztin/-arzt **Euro 130,-**

- Status wie vor, jedoch seit

_____ bis _____ in Erziehungsurlaub
(bitte Geburtsurkunde oder Bescheinigung über Elternzeit beifügen)

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit bevollmächtige ich den Berufsverband der Frauenärzte e.V., die von mir zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit zulasten meines Kontos einzuziehen.

Kontonummer _____
BLZ _____
Bank _____

Gleichzeitig ermächtige ich die oben genannte Bank, mein Konto mit dem angeforderten Betrag zu belasten. Für entsprechende Deckung werde ich Sorge tragen. Diese Erklärung gilt, solange sie nicht gegenüber dem Berufsverband der Frauenärzte e.V. schriftlich widerrufen wird.

Ort, Datum, Stempel _____
Rechtsgültige Unterschrift des Kontoinhabers _____

Mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung meiner Daten gemäß Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) im Rahmen der satzungsgemäßen Aufgaben des Berufsverbands der Frauenärzte e.V. bin ich einverstanden.

Ort, Datum _____
Unterschrift _____