

An den

**BNHO e.V.**

**Per Fax: 0221 99 87 98 22 (2 Seiten)**

|                                  |
|----------------------------------|
| <b>Antrag auf Mitgliedschaft</b> |
|----------------------------------|

Ja, ich möchte Mitglied im **Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V.** werden und beantrage die

- aktive Mitgliedschaft (§ 3, Abs. 1 und 4 der Satzung)
- passive Mitgliedschaft (§ 3, Abs. 2, Abs. 3 und 5 der Satzung)

Die Satzung des Vereins ist im Internet unter [www.bnho.de](http://www.bnho.de) veröffentlicht.

**Meine Mitgliedsdaten:**

|  |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Titel/Vorname/Name:  |                          |                            |
| Name der Praxis/MVZ/BAG  |                          |                            |
| Strasse:   |                          |                            |
| PLZ Ort:   |                          |                            |
| Tel:   |                          |                            |
| Mobil:   |                          |                            |
| Fax:   |                          |                            |
| E-Mail:  |                          |                            |
| Geburtsdatum:  |                          |                            |
| Web:   |                          |                            |
|  |                          |                            |
| Fachrichtung:  |                          |                            |
| Schwerpunkt:   |                          |                            |
| Teilnahme an der Onkologievereinbarung   | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Niederlassungsdatum:   |                          |                            |
| Hausärztlicher Versorgungsbereich:   |                          |                            |
| Fachärztlicher Versorgungsbereich:   |                          |                            |
|  |                          |                            |
| Für Antrag auf <b>aktive</b> Mitgliedschaft:   |                          |                            |
| Eigene Praxis mit KV-Sitz  | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Gesellschafter eines MVZ   | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
|  |                          |                            |
| Für Antrag auf <b>passive</b> Mitgliedschaft:<br>Einrichtung/Arbeitsgeber ist Mitglied im BNHO |                          |                            |

Einzugsermächtigung (obligatorisch):

Ich bin einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag (in der jeweils von der Mitgliederversammlung beschlossenen Höhe, halbjährlich € 360,-) widerruflich durch Lastschrift von meinem Konto eingezogen wird.

Meine Bankdaten: **(Bitte ausfüllen!)**

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Bankinstitut:</b> |  |
| <b>Kontoinhaber:</b> |  |
| <b>BLZ:</b>          |  |
| <b>Kontonummer:</b>  |  |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift