

**Geschäftsstelle**  
 Tel.: 030.887 22 55-0  
 Fax: 030.887 22 55-9  
 E-Mail info@bdu-urologie.de  
 www.bdu-urologie.de



Bitte beachten Sie, dass es sich bei Angaben mit Sternchen (\*) um Pflichtangaben handelt, soweit diese auf Sie zutreffen.

## Beitrittserklärung

Name\* Titel\* Geburtsdatum\*

Vorname\*

EFN-Nummer

Ärztin / Arzt in Weiterbildung\*

Fachärztin / Facharzt für Urologie\*

**Angestellte/r Ärztin / Arzt\***

Chefärztin / Chefarzt

Assistenzärztin / -arzt

Fachärztin / -arzt

Oberärztin / -arzt

**Niedergelassene/r Ärztin / Arzt\***

Einzelpraxis

Berufsausübungsgemeinschaft

Gemeinschaftspraxis

**Ärztin / Arzt ohne Berufsausübung\***

Ruhestand

Sonstiges

**Ärztikammerbereich\***

**Anschrift\***

Institution\*

Klinik

MVZ

Praxis

Sonstige

Straße

PLZ / Ort

Telefon

Telefax

E-Mail

Web

**Anschrift**

Straße

Privat

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Datum

Eigenhändige Unterschrift

Bitte senden Sie die ausgefüllte und unterschriebene Beitrittserklärung an die Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.