

Bundesverband für ambulantes Operieren e.V. (BAO)*

*Die Mitgliedschaft im BAO bedeutet gleichzeitig auch eine Mitgliedschaft im Landesverband Ambulantes Operieren Land Berlin e.V. (LAOBerlin)

Hiermit trete ich dem Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V.(BAO) ein.

Titel : _____
Name : _____
Vorname : _____
Straße : _____
PLZ : _____
Ort : _____
Bundesland : _____
Tel. : _____
Fax : _____
Email : _____
Homepage : _____

Einzugsermächtigung mittels Lastschrift:

Hiermit ermächtige ich den BAO widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen 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 _____

Konto.Nr.: _____

Datum _____ Unterschrift: _____

Ich bin damit einverstanden, daß der BAO meine Adresse auf Anfrage weitergibt:

ja nein

Praxisdaten:

Fachrichtung: _____

Belegarzt: ja nein

Eigene OP-Einrichtungen: ja nein

KV - Bezirk: _____

Kassenarzt Nummer: _____

Durchschnittliche jährliche OP-Anzahl: _____ davon in:

Lokalanästhesie : _____

Leitungsanästhesie: _____

Intubationsnarkose: _____

Bitte senden an: LAOBerlin ,c/o: Dr. Ansgar Pett , Adalbertstrasse 16 , 10997 Berlin,

Fon: 030 616 95 40 , Fax: 030 614 7007 ; e-mail: drpett@snafu.de

Am besten gleich per Fax: 80 90 25 73