

**An die Geschäftsstelle der Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP Krefeld,  
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld, Fax (02151) 45 46 925 - 4546926**

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN)  
(Mitgliedsbeitrag 300-500 €, je nach Landesverband)
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (BDN)  
(Mitgliedsbeitrag 435 € für Chefarzte/Niedergelassene; 260 € für Fachärzte an Kliniken, 55 € für Ärzte in  
Weiterbildung)
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BDN und BVDN**  
Zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 485 €
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e.V. (BVDP)  
(Mitgliedsbeitrag 435 € für Chefarzte/Niedergelassene)
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BVDP und BVDN** - zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 485 €
- Ich wünsche die **DREIFACHMITGLIEDSCHAFT – BVDN, BDN und BVDP** - zum Mitgliedsbeitrag von  
insgesamt 625 €

Zusatztitel oder –qualifikation (z.B. Psychotherapie, Sonografie): \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E./Mail/Internet: \_\_\_\_\_

- Ich bin  niedergelassen  In der Klinik tätig  Chefarzt  Facharzt  
 Weiterbildungsassistent  Neurologe  Nervenarzt  Psychiater  
 In Gemeinschaftspraxis tätig mit \_\_\_\_\_

Ich wünsche den kostenlosen Bezug einer der folgenden wissenschaftlichen Fachzeitschriften im Wert von > 170 € / Jahr

- Fortschritte Neurologie/Psychiatrie  Aktuelle Neurologie  
 Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG  Psychiatrische Praxis  
 Die Rehabilitation  Psychotherapie im Dialog  
 PPM – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie  Balint-Journal

Es ist nur eine Auswahl  
Pro Mitglied möglich

Zum Eintritt erhalte ich die BVDN-Abrechnungskommentare (EBM, GOÄ, Gutachten, IGeL, Richtgrößen etc)

- NERFAX-Teilnahme erwünscht

**EINZUGSERMÄCHTIGUNG**

Hiermit ermächtige ich den BVDN/BDN/BVDP (nicht Zutreffendes ggf. streichen) widerruflich, den von mit zu entrichtenden  
jährlichen Mitgliedsbeitrag einzuziehen

Konto-Nr: \_\_\_\_\_

Bei der \_\_\_\_\_ (BLZ) \_\_\_\_\_

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine  
Verpflichtung zur Einlösung. Einen Widerruf werde ich der Geschäftsstelle des Berufsverbandes mitteilen.

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ort /Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Praxisstempel (incl. KV-Zulassungs-Nr.)