

# Beitrittserklärung/ Erhebungsbogen

Bitte ausgefüllt an  
mitglieder@bvkj.de senden



Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzt\*innen

Mielenforster Str. 2  
51069 Köln  
Telefon: 0221 68909-0  
Fax: 0221 68 3204  
mitglieder@bvkj.de  
www.bvkj.de

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt\*innen e.V. und mache folgende Angaben zu meiner Person:
- Hiermit mache ich folgende Angaben zur Aktualisierung meiner Mitgliedsdaten:

## Angaben zur Person

- männlich  weiblich  divers

Titel / Vorname / Name

Mitgliedsnummer (nur wenn bekannt bzw. vergeben)

Geburtsdatum

Gewünschtes Eintrittsdatum

Die Zeitschrift „Kinder- und Jugendarzt“ ist zu senden an die:  Privatanschrift  Dienstanschrift

Post ist zu senden an die:  Privatanschrift  Dienstanschrift

## Privatanschrift

PLZ/Ort

Straße/Hausnr.

Adress-Zusatz

## Dienstanschrift

PLZ/Ort

Straße/Hausnr.

Adress-Zusatz

## Kommunikation: Privat

Tel-Nr.

Mobil-Nr.

E-Mail-Adresse

## Kommunikation: Dienst

Tel-Nr.

Fax-Nr.

E-Mail-Adresse

Internetadresse

E-Mails sind zu senden an die E-Mail-Adresse:

Privat

Dienst

# Beitrittserklärung/ Erhebungsbogen

Bitte ausgefüllt an  
mitglieder@bvkj.de senden

## Berufsausübung (mehrere Angaben möglich):

Niedergelassene Ärztin / Niedergelassener Arzt

Ggf. Niedergelassen seit/ab

KV-Sitz-Anteil inkl. privatärztliche. Tätigkeit  
( $\frac{1}{4}$ ,  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{3}{4}$ , 1 + ggf. WoStd. privatärztliche. Tätigkeit)

Kassenarzt

Nur private Kassen

Einzelpraxis

Praxisgemeinschaft

Belegarzt-Tätigkeit

Jobsharing

Zur Weiterbildung zugelassen

Apparate-Gemeinschaft

Laborgemeinschaft

Ambulant Angestellt inkl. MVZ

Anzahl Wochenstunden

ODER

KV-Sitz-Anteil

Fachärztin / Facharzt im KKH  Ggf. tätig als Chefärztin / Chefarzt oder leitende Ärztin / leitender Arzt

Fachärztin / Facharzt im ÖGD

Anzahl Wochenstunden

Assistenzärztin / Assistenzarzt in Weiterbildung

Außerordentliche Mitgliedschaft laut Satzung

Sonstige oder besondere Ermäßigung lt. Beitragsordnung bitte Nachweise an  
mitglieder@bvkj.de senden.

Voraussichtliches Weiterbildungsende

Vorübergehend / dauerhaft nicht berufstätig

Elternzeit

Rente

Von

Ggf. bis

## Beitragszahlung:

gegen Rechnung

per Einzugsverfahren, **bitte das angehängte Sepa-Lastschriftmandat ausfüllen und unterschreiben**

Die Beitragshöhe wird festgelegt auf Grund der vorherigen Angaben lt. gültiger Beitragsordnung  
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzt\*innen e.V.

# Beitrittserklärung/ Erhebungsbogen

Bitte ausgefüllt an  
mitglieder@bvkj.de senden



Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzt\*innen

Mielenforster Str. 2  
51069 Köln  
Telefon: 0221 68909-0  
Fax: 0221 68 3204  
mitglieder@bvkj.de  
www.bvkj.de

## Allgemeine Angaben zur Berufsausübung /Gebietsbezeichnung

Assistenzärztin / Assistenzarzt mit  
Gebietsanerkennung in:  
(abgeschlossen)

- Kinder- und Jugendmedizin
- Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie
- Kinderchirurgie

## Zusatz-Weiterbildungen:

- Endokrinologie/Diabetologie
- Gastroenterologie
- Nephrologie
- Orthopädie
- Psychoanalyse
- Pneumologie
- Rheumatologie

## Zusatz-Bezeichnungen:

- Allergologie
- Akupunktur
- Hämostaseologie
- Infektiologie
- Intensivmedizin
- Naturheilverfahren
- Notfallmedizin
- Psychotherapie
- Schlafmedizin
- Schmerztherapie
- Sportmedizin

## Schwerpunkte:

- Kinder-Hämatologie und -Onkologie
- Kardiologie
- Neuropädiatrie
- Neonatologie

## Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft (DGKJ)
- Hartmannbund
- Marburger Bund
- Ärztekammern
- Dt. Ärztinnenverband

## Praxisbesonderheiten (bei niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt\*innen):

- ADS
- Krankengymnastik
- Physikalische Therapie
- Bewegungstherapie
- Logopädie
- Pneumologie
- EEG
- Mukoviszidose
- Röntgen
- EKG
- Präsenzlabor
- Sonographie
- Entwicklungstherapie
- Allergologie

Ich bin damit einverstanden, dass die o.g. Daten in der EDV des BVKJ gespeichert werden.

Datum

Unterschrift



Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden an:

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt\*innen  
BVKJ e.V.  
Mielenforster Str. 2  
51069 Köln

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

**Zahlungsempfänger:** Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt\*innen, BVKJ e.V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer

**DE06BVK00000569057**

Mandatsreferenz (wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt)

--

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis. Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### Beitragspflichtiges Mitglied

Name, Vorname	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	
Mitgliedsnummer im BVKJ e.V.	

### Kontoinhaberin / Kontoinhaber

Name, Vorname (falls abweichend vom Mitglied) bzw. Firma		
Bankverbindung	Kreditinstitut	
	IBAN	
	BIC	



Ort, Datum:

Unterschrift(en) der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers

## Einwilligungserklärung Datenschutzinformationen für Mitglieder gemäß Artikel 6 Abs 1a DSGVO

-02

Mitgliedsnummer

Titel, Vorname Nachname

### Einwilligungserklärung

Ja      Nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten...

...in Verbandsmedien veröffentlicht werden

...für Veranstaltungen weitergegeben werden

...an Dritte für Dritte für Ehrungen weitergegeben werden

...an BVKJ Service GmbH wegen Dienstleistungen für Mitglieder des Verbandes weitergegeben werden.

Details entnehmen Sie bitte unseren [Datenschutzinformationen](#).

### Widerruf

Wenn Sie in die Verarbeitung durch den Berufsverband der Kinder und Jugendärzte durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift

Bitte an die Geschäftsstelle des BVKJ per Fax: 0221-683204 oder 0221-6890978, per Mail: [mitglieder@bvkj.de](mailto:mitglieder@bvkj.de) senden.