



Aufnahmeantrag

Landesverband für ambulantes Operieren Berlin e.V. (LAO Berlin)*

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Landesverband für Ambulantes Operieren Berlin e.V. (LAO Berlin).

*Die Mitgliedschaft im LAO Berlin bedeutet gleichzeitig auch eine Mitgliedschaft im Bundesverband für ambulantes Operieren e.V. (BAO) um die überregionale Verankerung satzungsgemäß zu gewährleisten.

Titel : _____ Name : _____ Vorname : _____

Praxisadresse:

Straße : _____ PLZ : _____ Ort : _____

Bundesland : _____

Tel. : _____ Fax : _____

Email : _____ Homepage : _____

Praxisdaten:

Fachrichtung: _____ Belegarzt: ja nein

Eigene OP-Einrichtungen: ja nein Praxisdokumentationssystem: _____

KV – Zulassung: Vollzeit (40h) Teilzeit Stundenzahl: _____

KV - Bezirk: _____

Kassenarztnummer: _____

Durchschnittliche jährliche OP-Anzahl.: _____ davon in:

Lokalanästhesie: _____ Leitungsanästhesie: _____

Intubationsnarkose: _____

Einzugsermächtigung für den Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift:

Hiermit ermächtige ich den LAO Berlin e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Bank: _____ BIC _____

IBAN: _____

Datum _____ Unterschrift: _____

Informationen zum Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass der LAO Berlin e.V. meine Adresse auf der Website veröffentlicht und auf Anfrage weitergibt: ja nein

Dazu zählen keine Adressaten der Industrie, sondern Nachfragen von Patienten zu Operateuren oder OP-Zentren. Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Praxis auf der Homepage des LAO Berlin e.V. einverstanden. ja nein

Bitte senden an:
LAO Berlin c/o: DM Norbert W. Schwarz
Augen-Tagesklinik, Warschauer Str. 36-38,
10243 Berlin
Tel.: 030-29777860, Fax: 030-297778647
E-Mail: n.w.schwarz@laoberlin.de
Am besten per Fax: 030-297778647

Kassenarzt-Stempel des Antragsstellers

Aufnahmebestätigung am: _____

Unterschrift d. Vorstandes