

Chirurgisch/Orthopädischer – Verbund – Berlin e.V.

Nachname	Vorname	Titel
----------	---------	-------

Praxis	Betriebsstättennummer. Lebenslange Arztnummer
--------	--

Strasse Praxis	PLZ Praxis	Ort Praxis
----------------	------------	------------

Telefon Praxis	Fax Praxis	eMail Adresse Praxis
----------------	------------	----------------------

BIC	IBAN	Bank
-----	------	------

Öffnungszeiten						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	

Praxissoftware	Institutionskennzeichen (IK-Nummer)
----------------	-------------------------------------

Ambulante Leistungen		
<input type="checkbox"/> Abzesschirurgie	<input type="checkbox"/> Appendektomie	<input type="checkbox"/> Achillessehnenruptur
<input type="checkbox"/> arth. Kreuzbandplastik	<input type="checkbox"/> Arthroskopien	<input type="checkbox"/> Cholecystektomie
<input type="checkbox"/> D-Arztpraxis	<input type="checkbox"/> elektive Prothetik	<input type="checkbox"/> Epikondylitis
<input type="checkbox"/> Frakturbehandlung	<input type="checkbox"/> Fußchirurgie	<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden
<input type="checkbox"/> Handchirurgie	<input type="checkbox"/> Hernien	<input type="checkbox"/> Implantatentfernung
<input type="checkbox"/> Mamma	<input type="checkbox"/> Mastektomie	<input type="checkbox"/> Metallentfernungen
<input type="checkbox"/> Nervenkompressionssyndr.	<input type="checkbox"/> Osteosynthesen	<input type="checkbox"/> Phimosen
<input type="checkbox"/> plastische Chirurgie	<input type="checkbox"/> Proktologie	<input type="checkbox"/> Sulcus ulnaris Syndrom
<input type="checkbox"/> Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/> Varizen	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____		
<input type="checkbox"/> _____		
<input type="checkbox"/> _____		
<input type="checkbox"/> _____		



- Ich bin damit einverstanden, dass die oben stehenden Praxisdaten (Adressdaten, Kontaktdaten, Sprechzeiten, Namen der behandelnden Ärzte, Leistungen, Operationen) auf der Website des Verbunds <http://www.chirurgen-orthopaeden.de> (Leistungen, Arztsuche) publiziert werden.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im „Chirurgisch/Orthopädischen-Verbund-Berlin e.V.“. Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung und die Beitragsordnung in ihrer jeweils geltenden Fassung an. Ich bin damit einverstanden, dass die im Zusammenhang mit der beantragten Mitgliedschaft stehenden Daten gespeichert werden, soweit dies zur üblichen Betreuung oder ordnungsgemäßen Durchführung der vertraglichen Beziehungen erforderlich ist. Die Vorschriften des Datenschutzgesetzes bleiben unberührt.

Die **einmalige Aufnahmegebühr für operierende Praxen beträgt ab 01.01.2016 675,00€** Für ausschließlich konservativ tätige Praxen wird keine Aufnahmegebühr fällig. Der **monatliche Mitgliedsbeitrag für operierende Praxen beträgt ab 01.01.2016 20,00€** für ausschließlich konservativ tätige Praxen **10,00€**. Die Beiträge sind auf das Vereinskonto bei der **Deutschen Bank BIC DEUTDE33HAN, IBAN DE34 1007 0024 0288 7594 00** unaufgefordert einzuzahlen oder es ist eine Zustimmung zum Lastschriftverfahren zu erteilen.

Wir verarbeiten die obenstehenden Daten zwecks Erfüllung unserer vorvertraglichen Verpflichtungen und Serviceleistungen gem. Art. 6 Abs. 1 lit b. DSGVO. (Weitere Infos siehe Datenschutzerklärung)

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller(in)

Praxisstempel

Vereinsvermerk:

Unterschrift Vorsitzender COV-Berlin e.V.

