



Bund der Osteologen Brandenburg e.V.

www.bdo-brandenburg.de



Aufnahmeantrag

Ich bitte um Aufnahme in den Bund der Osteologen Brandenburg e.V.
als **ordentliches / assoziiertes**^{*)1)} Mitglied.

Name: _____ Titel: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: / /

Wohnhaft (Straße, PLZ, Ort): _____

Dienstanschrift: _____

Telefon (tagsüber erreichbar): _____

E-mail: _____

Art der ausgeübten Tätigkeit: Klinik Niederlassung

Osteologe DVO: ja / nein^{*)}

Osteologische Tätigkeit länger als 5 Jahre: ja / nein^{*)}

Mitgliedschaft im Qualitätszirkel Osteologie: ja / nein^{*)}

¹⁾ assoziierte Mitgliedschaft bei nicht ausreichender aber angestrebter Qualifikation

^{*)} Zutreffendes bitte unterstreichen

Datum: / /

Unterschrift: _____

Sitz des Vereins:
Treuenbrietzen
Eintragung:
Amtsgericht Potsdam VR 6919 P

Vorstand:
Dr. med. F. Hartmann, Vorsitzender
Dr. med. habil. P. Fröhling
Dr. med. A.-K. Keidel
Dr. med. H. Leunert
Dr. med. J. Ringel, Schatzmeister
Dr. med. G. Schwenke

Bankverbindung:
Kontonummer: 000 700 25 72
BLZ: 100 906 03
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG