

Anmeldeformular zur Teilnahme am CME-Programm der Akademie der Deutschen Urologen

Bitte alle Angaben in Druckbuchstaben !

Titel: _____ Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ männl. weibl.

Status (nur eins ankreuzen):

- Klinikdirektor(in)
- Chefarzt/Chefärztin
- Oberarzt/Oberärztin
- Niedergelasser Facharzt
- AiW (Arzt/Ärztin in Weiterbildung)

Schwerpunkte Ihres Arbeitsgebietes:

- Andrologie
- Kinderurologie
- Onkologie
- Infektiologie
- Labordiagnostik
- Nierentransplantation
- Sonstiges

Tätig in (nur eins ankreuzen):

- Universitätsklinik
- Krankenhaus
- Universitätsinstitut
- Sonstiges Institut
- Praxis
- Sonstiges

Mitglied der DGU: ja nein

Mitglied des BDU: ja nein

Meine EFN-Nr. lautet: _____

meine zuständige Ärztekammer ist: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr.: _____

Fax-Nr.: _____

E-Mail: _____

Teilnahmebeginn: zum _____ Quartal 201____ rückwirkend zum _____ Quartal 20____

Die Zahlung des Teilnehmerbeitrages für die Teilnahme am CME- Fortbildungsprogramm der Akademie (5,00 € pro Monat) erfolgt als Jahresbeitrag, zahlbar jeweils im Voraus zu Beginn eines neuen Teilnehmerjahres:

per Lastschriftverfahren **Meine Bankverbindung lautet:**

Kto.Nr. _____

bei (Kreditinstitut) _____ BLZ _____

Ich ermächtige die Akademie der Deutschen Urologen widerruflich, den Jahresbeitrag von € 60,00 zzgl. 7 % MwSt. bei Fälligkeit zu Lasten meines o.g. Kontos einzuziehen.

Eine Überweisung ist nur in Ausnahmefällen nach Rücksprache möglich.

Wenn die Teilnahme am CME- Programm der Akademie nicht 3 Monate vor Ende eines Teilnehmerjahres gekündigt wird, verlängert sich die Teilnahme um ein weiteres Jahr.

(Ort / Datum)

(Unterschrift des Antragstellers)