

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)
----------------	-------------------------------------

Operative Leistungen

<input type="checkbox"/> Fraktionierte Abrasio mit operativer Hysteroskopie	<input type="checkbox"/> Sterilisation als Privatleistung und aus med. Indikation	<input type="checkbox"/> Mamma - DE bei fehlenden Malignitätskriterien
<input type="checkbox"/> Konisation	<input type="checkbox"/> Hintere Plastik bei Descensus	<input type="checkbox"/> Mamma-Reduktionsplastiken
<input type="checkbox"/> Marsupialisation	<input type="checkbox"/> Erweiterungsplastik	<input type="checkbox"/> Mamma-Aufbauplastiken
<input type="checkbox"/> Cürettage bei Abort und Missed Abortion	<input type="checkbox"/> Kolpokleisis	<input type="checkbox"/> Mamillenlifting und -entfernung
<input type="checkbox"/> Elektroagulation der Portio bei therapieresistenten Kontaktblutungen	<input type="checkbox"/> Emmetplastik bei Cervixriß	<input type="checkbox"/> Mamillentransplantation und Nippelaufbau
<input type="checkbox"/> Hymenalinzision	<input type="checkbox"/> Rekonstruktion bei sekundär verheilten Episiotomie	<input type="checkbox"/> Ablatio mammae
<input type="checkbox"/> Condylomabtragung	<input type="checkbox"/> Entfernung Vulva Tumore	<input type="checkbox"/> Thermokoagulation
<input type="checkbox"/> Abszess-Spaltung im Genitalbereich	<input type="checkbox"/> IUD-Einlage und -Entfernung	<input type="checkbox"/> Amniozentese
<input type="checkbox"/> PE's oberflächlich/Haut (Vulva)	<input type="checkbox"/> Endometriumablation	<input type="checkbox"/> CVS
<input type="checkbox"/> Operative und diagnostische Laparoskopien	<input type="checkbox"/> Mamma-Tumor Excision	<input type="checkbox"/> IVF und ICSI
<input type="checkbox"/>	<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.gyn-verbund.de/> (Leistungen, Arzt-suche) publiziert werden.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im „Gyn- 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.

Der monatliche Mitgliedsbeitrag für operierende Gynäkologen beträgt ab 01.07.2017 40,00€ für ausschließlich konservativ tätige Gynäkologen erhebt der Verein eine monatliche Gebühr von 10,00€. Eine Aufnahmegebühr wird nicht fällig.

Die Beiträge werden per SEPA Lastschriftverfahren vom Verein eingezogen. Wir verarbeiten die obenstehenden Daten zwecks Erfüllung unserer vorvertraglichen Verpflichtungen und Serviceleistungen gem. Art. 6 Abs. 1 lit b. DSGVO. (Weitere Infos siehe Datenschutzerklärung)

Datum

Unterschrift

Praxisstempel

Vereinsvermerk:

Unterschrift Vorsitzende(r) Gyn-Verbund-Berlin e.V.

