



## Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V., BAO

Sterntorbrücke 1, 53111 Bonn, Tel.: 0228/692423, Fax: 0228/631715, Email: baobonn@t-online.de  
www.operieren.de

### Beitrittserklärung

Hiermit trete ich in den Bundesverband für Ambulantes Operieren e. V. (BAO) und LAO ein.

Titel: ..... Name: .....

Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Straße: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Bundesland: .....

Tel.: ..... Fax: ..... E-Mail: .....

Internetadresse: .....

### Einzugsermächtigung mittels Lastschrift

Hiermit ermächtige ich den BAO widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen (185,- Euro jährlich) bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Bank: .....

BLZ: ..... Kto.Nr.: .....

Kontoinhaber (falls nicht identisch mit Antragsteller): .....

Datum: ..... Unterschrift: .....

---

---

Ich bin damit einverstanden, daß der BAO meine Adresse auf Anfrage weitergibt:

ja  nein

#### Praxisdaten:

Fachrichtung: .....

Belegarzt: ja  nein

Eigene OP-Einrichtung: ja  nein

KV-Bezirk: .....

Kassenarzt Nummer: .....

Durchschnittliche jährliche OP-Anzahl: ..... davon in:

Lokalanästhesie: .....

Leitungsanästhesie: .....

Intubationsnarkose: .....