

Schriftführerin: Dr. med. Kristina Hölig

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
der Technischen Universität Dresden
Medizinische Klinik I/Transfusionsmedizin
01304 Dresden
Tel.: 0351 458- 2910
Fax: 0351 458- 4353



An die Schriftführerin des Berufsverbandes
der Deutschen Transfusionsmediziner (BDT)
Frau Dr. med. Kristina Hölig
Universitätsklinikum Dresden
MK1/Transfusionsmedizin
01304 Dresden

**ANTRAG auf Mitgliedschaft im
Berufsverband der Deutschen Transfusionsmediziner**

Ich beantrage meine Aufnahme in den Berufs-
verband Deutscher Transfusionsmediziner (BDT)

- ab sofort (bei vollem Jahresbeitrag)
 ab dem 1. Januar kommenden Jahres

Ich beantrage die Mitgliedschaft als ordentliches Mitglied

*(Eine Kopie der Urkunde über die Anerkennung zum Führen der
Bezeichnung Facharzt /Fachärztin für Transfusionsmedizin liegt bei.*

Ich beantrage die Mitgliedschaft als außerordentliches Mitglied

*(Eine Kopie der Urkunde über die Anerkennung zum Führen der Zusatzbezeichnung
Bluttransfusionswesen liegt bei oder kurze Beschreibung der ärztlichen Tätigkeit)*

Ich beantrage die Mitgliedschaft als förderndes Mitglied

(Kurze Beschreibung der Tätigkeit liegt bei)

Name, Adresse, dienstlich und privat, Titel, Geburtsdatum (bitte deutlich lesbar):

Name *Vorname*

Titel *Geb.-Datum* *Geb.-Ort*

Dienststelle bzw. berufliche Position

Dienstanschrift

Telefon *Fax* *e-Mail*

Privatanschrift (zzgl. Telefon, Fax-Nr., e-Mail)

Datum _____ Unterschrift _____

Befürwortung zweier Mitglieder des Berufsverbandes Deutscher Transfusionsmediziner:

1. Mitglied.....
Name in Druckschrift

2. Mitglied.....
Name in Druckschrift

Schriftführerin: Dr. med. Kristina Hölig

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
der Technischen Universität Dresden
01307 Dresden

Tel.: 0351 458- 2910

Fax: 0351 458- 4353



An die Schriftführerin des Berufsverbandes
der Deutschen Transfusionsmediziner (BDT)

Frau Dr. med. Kristina Hölig
Universitätsklinikum Dresden
MK1/Transfusionsmedizin
01304 Dresden

ERKLÄRUNG

zum Antrag auf Mitgliedschaft im Berufsverband Deutscher Transfusionsmediziner

Mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung der im Antrag genannten Daten gem. BDSG im Rahmen der satzungsgemäßen Aufgaben des BDT bin ich einverstanden.

Name, Vorname, Titel

Ort/Datum

Unterschrift