

**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*