



# Aufnahmeantrag

Zur Mitgliedschaft in den  
Berufsverband der Coloproktologen Deutschlands e.V. (BCD)

## Persönliche Daten:

Name, Titel	Vorname
geb. am	Emailadresse (privat)
Privatadresse/Straße	PLZ, Ort

## Anschrift beruflich:

Praxis / Klinik	
Abteilung	
Straße	PLZ, Ort
Telefon	E-Mail
<b>* = <u>Urkunde in Kopie beiliegend</u></b>	
Approbation am*	
Facharzt für*	Facharzt für*
Teilgebietsbezeichnung*	

## Koloproktologischer Qualifikationsnachweis:

Zusatzbezeichnung Proktologie am*	Grundkurs am*
Sonstiger Qualifikationsnachweis*	

**Satzung und Beitragsordnung** habe ich zustimmend zur Kenntnis genommen

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Antragstellers
------------	---------------------------------------------

**Hinweis:** Zur Erfüllung unserer gesetzlichen Informationspflichten lesen Sie bitte die **Datenschutzerklärung** unter:  
<https://www.coloproktologen.de/impressum.html>