

BVOU – Mitgliedschaft für Fach- und Oberärzte



Vorteile für Fach- und Oberärzte im BVOU

- Berufs-Rechtsschutzversicherung kraft Mitgliedschaft im BVOU
- Gastarzt- und Praxisvertreter-Haftpflichtversicherung kraft Mitgliedschaft
- Individuelle Analyse zum Versicherungsbedarf und gutes Preis-Leistungsverhältnis durch Absicherung weiterer Berufsrisiken
- Sonderkonditionen zur Berufshaftpflichtversicherung (fakultativ)
- Rechts- und Vertragsberatung
- Sonderpreise für Weiter- und Fortbildungen der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO) und vergünstigter Eintritt beim DKOU und VSOU
- Kostenfreie Webinare im BVOU Study Club
- Starke regionale und überregionale Netzwerke in O und U
- Unterstützung bei der Niederlassung
- Stipendien für die FORTE Summer School
- Sonderpreise für Fachzeitschriften

Neben diesen persönlichen Vorteilen und Dienstleistungen genießen Sie Erfahrungen und Kontakte des größten deutschen Netzwerks für Orthopäden und Unfallchirurgen und exklusive Informationen durch die BVOU-Medien. Sie unterstützen mit Ihrer Mitgliedschaft den BVOU bei der berufspolitischen Interessenvertretung unseres Fachgebietes auf Bezirks-, Landes- und Bundesebene. Das WIR gewinnt!

BVOU und DGOU – Eine starke Gemeinschaft in O und U

Der BVOU arbeitet eng mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Orthopädie und Unfallchirurgie zusammen. Gemeinsam sind wir stark!

Unterstützen Sie unsere Arbeit für diese Gemeinschaft und werden Sie Mitglied im BVOU und in der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)!

NEU: Die gemeinsame Akademie für Orthopädie und Unfallchirurgie (AOUC) für alle Ärztinnen und Ärzte in O und U.

Tätigkeit	Beitrag BVOU (inkl. Berufsrechts- schutz-Versicherung)	Beitrag DGOU (zur Information)	BVOU und DGOU (zur Information)
Student	0€	0€	0€
Assistenzarzt i.W.	55€	40€	95€
Assistenzarzt (FA)	140€	80€	220€
Oberarzt	140€	160€	300€
Chefarzt	390€	160€	550€
Niedergelassener	390€	160€	550€

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie, Straße des 17. Juni 106–108, 10623 Berlin

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Name	Geburtstag
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Titel	Vorname		Eintrittsdatum

Tätigkeitsanschrift:

<input type="text"/>
Straße
<input type="text"/>
PLZ Ort
<input type="text"/>
Fon
<input type="text"/>
Fax
<input type="text"/>
E-Mail
<input type="text"/>
Homepage

Privatanschrift:

<input type="text"/>
Adresszusatz
<input type="text"/>
Straße
<input type="text"/>
PLZ Ort
<input type="text"/>
Fon
<input type="text"/>
Fax
<input type="text"/>
E-Mail
<input type="text"/>
Mobiltelefon

Benutzen Sie bitte als Postanschrift meine:

Tätigkeitsanschrift Privatanschrift

Ich bin tätig als (alle Bezeichnungen beziehen sich stets auf beide Geschlechter):

Selbstständige und leitende Ärzte mit Liquidationsrecht

Jahresbeitrag ab 2019: 390,00€

<input type="checkbox"/> Niedergel. Arzt	<input type="checkbox"/> MVZ-Arzt	<input type="checkbox"/> Belegarzt	<input type="checkbox"/> Konsiliararzt	<input type="checkbox"/> Gutachter
<input type="checkbox"/> Chefarzt	<input type="checkbox"/> ärztlicher Direktor	<input type="checkbox"/> Abteilungsarzt	<input type="checkbox"/> Leitender Arzt	

Angestellte Fachärzte ohne Liquidationsrecht

Jahresbeitrag ab 2019: 140,00€

<input type="checkbox"/> Oberarzt	<input type="checkbox"/> leitender Oberarzt	<input type="checkbox"/> Funktionsoberarzt	<input type="checkbox"/> leitender Arzt	<input type="checkbox"/> Abteilungsarzt ohne Liquidationsrecht
<input type="checkbox"/> Assistenzarzt	<input type="checkbox"/> Arzt bei MDK	<input type="checkbox"/> öffentlicher Dienst	<input type="checkbox"/> Bundeswehr	<input type="checkbox"/> in Praxis angestellter Facharzt

Meine Approbation habe ich im Jahr erhalten.

FA für Orthopädie und Unfallchirurgie

[TT.MM.JJJJ]

Weitere Qualifikationen und Bezeichnungen:

<input type="text"/>
Fachgebiet
<input type="text"/>
Teilgebiet
<input type="text"/>
Zusatzgebiet

Ich bin Mitglied in folgenden Verbänden:

<input type="checkbox"/> DG00C	<input type="checkbox"/> DG0U	<input type="checkbox"/> DGU	<input type="checkbox"/> VLOU	<input type="checkbox"/> BDC
<input type="checkbox"/> VSOU	<input type="checkbox"/> DGMM	<input type="checkbox"/> DAF	<input type="checkbox"/> DGSP	<input type="checkbox"/> OGO

Sonstige

Ich berufe mich auf den Bezirks- bzw. Landesvorsitzenden oder auf zwei ordentliche Mitglieder des BVOU:

Datum/Unterschrift

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Daten im BVOU-Intranet und der BVOU-App einverstanden. Private Daten kommen nicht zur Veröffentlichung. Dieses Einverständnis kann ich selbst jederzeit widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass der BVOU mich betreffende personenbezogene Daten für die Erfüllung seiner Verbandsaufgaben erfasst, speichert und verarbeitet. Ich bin außerdem damit einverstanden, dass der BVOU oder für ihn tätige Dienstleister mir Informationen auf elektronischem, postalischen oder dem Faxweg zusenden. Diese Einwilligung kann ich, auch in Teilen, jederzeit widerrufen.