



BUNDESVERBAND  
DEUTSCHER  
PATHOLOGEN e.V.

Bundesverband Deutscher  
Pathologen e. V.  
Robert-Koch-Platz 9  
10115 Berlin



Mitglieder werben – für einen starken Verband  
**PATHOLOGIE**  
MEIN FACH – UNSER VERBAND

Telefax: 030 3088197-15  
E-Mail: [bv@pathologie.de](mailto:bv@pathologie.de)

## Änderungsbogen

(bitte deutlich ausfüllen Druckbuchstaben, Schreibmaschine oder am PC)

Adresstyp:     dienstlich                       privat

Akademischer Titel: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Institut: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ KV-Bereich: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Jahr des tatsächlichen oder vorauss. Abschlusses der Weiterbildung: \_\_\_\_\_

Fachrichtung(en): \_\_\_\_\_

Art des Institutes:     Universität     Krankenhaus     Niederlassung     Reutlinger Modell

Sind Sie persönlich liquidationsberechtigt oder erhalten eine  
Beteiligungsvergütung?     ja                       nein

Leiter/in des Institutes: \_\_\_\_\_

✂-----

### Lastschriftinzugsermächtigung

Betrag in Euro lt. Beitragsordnung: \_\_\_\_\_

Kto.-Inhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

#### SEPA-Lastschriftmandat

Die Gläubiger-Ident-Nr. lautet: DE92ZZZ00000585551. Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.  
Ich ermächtige den BDP e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich  
weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem BDP e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulö-  
sen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des  
belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.