

Anmeldeformular zur Gastarzt-Haftpflichtversicherung des BDC



Damit Versicherungsschutz für Gastarztstätigkeiten über den Gruppenvertrag des BDC gewährt werden kann, muss die Gastarztstätigkeit vorab angemeldet werden. Bitte senden Sie deshalb das Anmeldeformular an die Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie e.V.

Persönliche Angaben des Gastarztes	
Titel, Vor- und Zuname	
BDC-Mitgliedsnummer	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon	Telefax
E-Mail	
Angaben zur Gastarztstätigkeit (Die Gastarztstätigkeit darf maximal acht Wochen im Jahr dauern!)	
Aufnehmende Klinik/Hospitationsstelle	
Fachrichtung	
Tätigkeitszeitraum, von:	bis:

Ich bestätige, dass ich unentgeltlich und nicht in hauptberuflicher Stellung an dieser Klinik weile, um die von mir angestrebten Fähigkeiten zu erlernen. Ich werde in der Klinik grundsätzlich keine ärztlichen Leistungen erbringen. Sollte ich ausnahmsweise selbst tätig werden, geschieht dies unter unmittelbarer und ständiger Aufsicht eines erfahrenen Kollegen, damit dieser sofort in den Behandlungsablauf eingreifen kann.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift

Anmeldeformular bitte zurücksenden an:
Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.
Geschäftsstelle
Luisenstraße 58/59 – 10117 Berlin
Telefax +49 30 28004108 – E-Mail mail@bdc.de

Bei Fragen zum Versicherungsschutz wenden Sie sich bitte an:

Ecclesia med GmbH
BDC-Versicherungsservice
Ecclesiastraße 1 – 4
32758 Detmold

Service-Telefon: +49 5231 603-6363
Telefax: +49 5231 603-606363
E-Mail: bdc@ecclesiaMED.de