

**Anmeldeformular  
zur Praxisvertreter-Haftpflichtversicherung  
des BDC**



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

<b>Persönliche Angaben des Praxisvertreters</b>	
Titel, Vor- und Zuname	
BDC-Mitgliedsnummer	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon	Telefax
E-Mail	
<b>Angaben zur Praxisvertreterertätigkeit (Der Vertretungszeitraum darf maximal drei Monate im Jahr betragen!)</b>	
Praxisvertretung für	
Praxisanschrift	
Fachrichtung	
Vertretungszeitraum, von:	bis:

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: 0800 603603-0  
Telefax: 05231 603606363  
E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de