

## Neuaufgabe des Mitgliederverzeichnis DGAI/BDA

Das letzte Mitgliederverzeichnis der DGAI und des BDA wurde im Jahr 1997 herausgegeben. Die zwischenzeitlich eingetretenen Veränderungen machen es notwendig, dieses Mitgliederverzeichnis in aktualisierter Fassung neu aufzulegen.

Um den Mitgliedern die Arbeit mit diesem Verzeichnis zu erleichtern, sollen zukünftig neben den dienstlichen Telefon- und Telefax-Nummern, die uns bislang nur lückenhaft vorliegen, auch – soweit vorhanden – die E-mail-Adressen mit aufgenommen werden. Für dieses Vorhaben, insbesondere die Komplettierung der dienstlichen Telefon- und Telefax-Nummern sowie die Neuaufnahme der E-mail-Adressen ist eine Ergänzung der Mitgliederdatei von DGAI und BDA notwendig.

Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie auf unten stehendem Formular Ihre dienstliche Telefon-, Telefax- und E-mail-Verbindung eintragen und dieses Formular an die **Geschäftsstelle DGAI / BDA (Mitgliederverwaltung), Roritzerstraße 27, 90419 Nürnberg, Fax: 0911 / 3938195**, zurücksenden oder faxen würden.

Darüber hinaus haben sich in den letzten Jahren eine Reihe von Krankenhäusern und Abteilungen umbenannt bzw. sind in GmbHs, gGmbHs etc. umgewandelt worden. Um Sie auch zukünftig korrekt anschreiben zu können, bitten wir um eine entsprechende Nachricht.

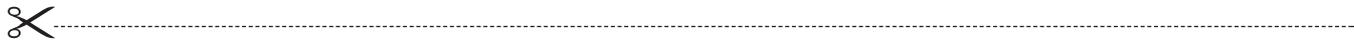
Falls sich zwischenzeitlich Veränderungen Ihrer dienstlichen oder privaten Anschrift bzw. andere Änderungen ergeben haben, die Sie der Geschäftsstelle noch nicht mitgeteilt haben, sollten Sie dies ebenfalls über dieses Formular angeben.

Rücksendungen werden bis zum **31.12.1999** berücksichtigt.

Für den Fall, daß Sie mit der Aufnahme Ihrer dienstlichen Telefon- und Telefax-Nr. in das Mitgliederverzeichnis nicht einverstanden sind, bitten wir, dies auf dem Formular entsprechend anzukreuzen.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe.

*H. Sorgatz*



Bitte umgehend an die DGAI-/BDA-Geschäftsstelle zurücksenden:		
<b>Name:</b> _____		
<b>Dienstanschrift:</b> Institution (bitte genaue Bezeichnung): _____		
Straße: _____		Ort (mit PLZ): _____
<b>Telefon:</b> _____ / _____		<b>Telefax:</b> _____ / _____
<b>e-mail:</b> _____		
<input type="checkbox"/> Chefarzt	<input type="checkbox"/> Arzt in Weiterbildung	<input type="checkbox"/> sonstige ärztliche Tätigkeit
<input type="checkbox"/> Oberarzt	<input type="checkbox"/> niedergelassener/Belegarzt	<input type="checkbox"/> zur Zeit nicht berufstätig
<input type="checkbox"/> Ass.-Arzt	<input type="checkbox"/> AiP	<input type="checkbox"/> Erziehungsurlaub
<input type="checkbox"/> Arzt für Anästhesiologie	<input type="checkbox"/> keine ärztliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Ruhestand
Ich bin mit der Aufnahme meiner dienstlichen Telefon- und Telefax-Nummer in das Mitgliederverzeichnis		
<input type="checkbox"/> einverstanden	<input type="checkbox"/> <b>nicht</b> einverstanden	
Datum		Unterschrift