

\_\_\_\_\_  
Titel/Name Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Privatanschrift (wird benötigt)

\_\_\_\_\_  
Firmenanschrift

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

\_\_\_\_\_  
E-Mail Homepage

Postzustellung erwünscht an:  Privatanschrift  Firmenanschrift

### Betriebs-/Arbeitsmedizinische Tätigkeit

Gebietsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

In Weiterbildung  Arbeitsmedizin /  Betriebsmedizin bis voraussichtlich: \_\_\_\_\_

Tätigkeitsart:  hauptberuflich  nebenberuflich  
 angestellt  freiberuflich/selbstständig

### Ermächtigung zur Weiterbildung

Gebiet Arbeitsmedizin:  Ja  Nein für \_\_\_\_\_ Monate

Betriebsmedizin:  Ja  Nein

Weiterbildungsstätte genehmigt:  Ja  Nein

### Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Der Jahresbeitrag wird gemäß der jeweils gültigen Beitragsordnung erhoben.

VDBW Geschäftsstelle, Friedrich-Eberle-Straße 4a, 76227 Karlsruhe,  
Telefon 0721 933818-0, Telefax 0721 933818-8, E-Mail: info@vdbw.de, www.vdbw.de  
Vereinsregister Nr. 80134, Amtsgericht Darmstadt