BEITRITTSERKLÄRUNG

Hausärzteverband Baden-Württemberg

bitte per Telefax an: **0711 21747-599**
oder per Post im Fensterkuvert an:

Deutscher Hausärzteverband
Landesverband Baden-Württemberg e.V.
Kölner Straße 18
70376 Stuttgart-Münster

Monatsbeitrag*:

niedergelassene Hausärzte:	32,50 €
angestellte Hausärzte:	27,50 €
Ärzte in Weiterbildung oder im ersten Jahr der Niederlassung:	7,70 €
Studierende der Humanmedizin:	beitragsfrei

*Der Beitragseinzug erfolgt halbjährlich: zum 01.01.und 01.07.

Name, Titel

Vorname

Geb. Datum

Fachgebiet

PLZ/Ort (Praxis)

PLZ/Ort (Privat)

Straße, Hausnummer (Praxis)

Straße, Hausnummer (Privat)

Telefon (Praxis)

Telefon (Privat)

Telefax (Praxis)

Telefax (Privat)

Email (Praxis)

Email (Privat)

Bitte ankreuzen:

☐ Niedergelassen seit:_____ Monat/Jahr

☐ Angestellte/r Ärztin/Arzt

☐ Ärztin/Arzt in Weiterbildung

☐ Studentin/Student (beitragsfrei*)
*Nach jährlicher Vorlage der Immatrikulationsbescheinigung

☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐ LANR

☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐ BSNR

Mit der Speicherung meiner Daten ausschließlich zu satzungsgemäßen Aufgaben bin ich einverstanden, ebenso mit der Weitergabe an andere Vereinsmitglieder, falls zu satzungsgemäßen Aufgaben erforderlich. Von der Satzung habe ich Kenntnis genommen und erkenne sie bei Aufnahme verbindlich an. Die Satzung kann im Internet unter www.hausarzt-bw.de eingesehen werden.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Deutschen Hausärzteverband, Landesverband Baden-Württemberg e.V.

SEPA-Lastschriftmandat:
Gläubiger-ID-Nr. DE69ZZZ00000441920 Mandatsreferenz-Nr. wird separat mitgeteilt

Lt. Beschluss der Delegiertenversammlung vom 09.04.2011 ist eine Mitgliedschaft nur bei Teilnahme am Beitragseinzugsverfahren möglich.
Ich ermächtige hiermit den Deutschen Hausärzteverband, Landesverband Baden-Württemberg e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Deutschen Hausärzteverband Landesverband Baden-Württemberg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.

IBAN

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

BIC (8 oder 11 Stellen)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

☐ Ja, ich interessiere mich auch für eine Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und wünsche Informationsmaterial

HP 07/2017