

Hausärzteverband
Berlin und Brandenburg e.V. (BDA)
Kulmbacher Str. 15
10777 Berlin

Fax 030 313 78 27

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied in den Hausärzteverband Berlin und Brandenburg e.V. (BDA) zu einem Beitrag von:

360 Euro, jährlich

angestellte Ärzte zahlen Euro 150 Euro, jährlich

außerordentliche Mitglieder ohne Praxis/fördernde Mitglieder zahlen 120 Euro, jährlich

Weiterbildungsassistenten sind vom Beitrag befreit

.....
(Name)

(Vorname)

.....
(Geburtsdatum)

(e-mail Adresse)

.....
(Telefon)

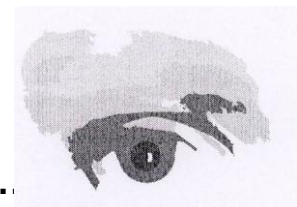
(Fax)

.....
(Anschrift: Straße / Ort)

(Arzt/Nummer)

Beiträge zahle ich auf das Konto gegen Rechnung auf das Konto
Hausärzteverband Berlin und Brandenburg e. V. (BDA)
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
BIC DAAEDEDXXX
IBAN DE 69 3006 0601 0001 0039 33

Datum, Unterschrift



Machen Sie ruhig die Augen auf !
Nur in der Gemeinschaft der Hausärzte besteht
die Chance, dass sich etwas zu Ihren Gunsten
ändert.

Werden auch Sie Mitglied im BDA –
Ihrer Vertretung der Hausärzte in
Berlin und Brandenburg
Mitglied im Deutschen Hausärzteverband