

# BEITRITTSERKLÄRUNG

Herr/Frau \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Praxisadresse

Gemeinschaftspraxis  MVZ  Praxisgemeinschaft  Einzelpraxis

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

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

BSNR (Betriebsstättennummer) \_\_\_\_\_

Niedergelassen seit \_\_\_\_\_

LANR (Lebenslange Arztnummer) \_\_\_\_\_

EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer) \_\_\_\_\_

## Privatadresse (für Studierende und Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung zwingend erforderlich)

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

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

## Bankverbindung

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_



**Hausärzterverband Westfalen-Lippe e. V.**  
Massener Straße 119 a, 59423 Unna  
Telefon 02303-94292-0, Fax 02303-94292-299  
lvwl@hausarztverband-wl.de  
www.hausarztverband-wl.de

Ich habe Interesse an Informationen zur HVZ.

Ich leite den Qualitätszirkel in/Ich möchte einen Qualitätszirkel gründen

### Beitragsordnung

Für Mitglieder gelten folgende Jahresbeiträge:

- Studierende ..... beitragsfrei  
 Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung\* ..... beitragsfrei  
Voraussichtlicher Abschluss im Jahr \_\_\_\_\_  
 Vertragsärztinnen/-ärzte ..... 240 €  
 Angestellte Ärztinnen/Ärzte\* ..... 240 €  
 Ärztinnen/Ärzte im Ruhestand ..... beitragsfrei

\* Bestätigung des Arbeitgebers (Stempel/Unterschrift)

## SEPA Mandatsabgabe

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE48ZZZ0000333755 | Mandatsreferenz: BTEZ HÄVG ID

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Hausärzterverband Westfalen-Lippe e. V., im Rahmen eines Dauermandats, (wiederkehrend) den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hausärzterverband Westfalen-Lippe e. V. auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum, Unterschrift

Der Hausärzterverband Westfalen-Lippe e. V. erhebt mit dem Beitritt die folgenden Daten seiner Mitglieder: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift (Privat- und Praxisanschrift), Telefonnummer, Faxnummer, E-Mailadresse, lebenslange Arztnummer, Betriebsstättennummer und Bankverbindung. Diese Daten werden im Rahmen der Mitgliedschaft verarbeitet und gespeichert. Als Mitglied des Deutschen Hausärzterverbandes e. V. (Dachverband) muss der Hausärzterverband Westfalen-Lippe e. V. die nachstehend beschriebenen Mitgliederdaten an den Deutschen Hausärzterverband e. V., Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln weitergeben.

Der Verband veröffentlicht je nach Anlass Namen und ggf. Bilder seiner Mitglieder auf der Homepage, in sozialen Medien, in der Vereinszeitschrift, Rundschreiben, etc. Der Verband leitet die o. a. Daten seiner Mitglieder an die eigene Wirtschaftsgesellschaft Hausärztliche Service- und Wirtschaftsgesellschaft mbH Westfalen-Lippe e. V., Massener Straße 119 a, 594 23 Unna, die Wirtschaftsgesellschaft im Deutschen Hausärzterverband e.V., Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln, das IhF Institut für hausärztliche Fortbildung e.V. Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln und die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft, Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln weiter, damit den Mitgliedern Service-, Fortbildungs- und sonstige Angebote und Informationen zur Teilnahme an besonderen Versorgungsverträgen (§§ 73b und 140a ff. SGB V) zur Kenntnis gebracht werden können. Zu diesem Zweck erhalten die Mitglieder des Hausärzterverbandes Westfalen-Lippe e. V. vom Hausärzterverband Westfalen-Lippe e. V., von der Hausärztlichen Service- und Wirtschaftsgesellschaft mbH Westfalen-Lippe e. V., vom Deutschen Hausärzterverband e.V. und der ihm angeschlossenen Organisationen (Wirtschaftsgesellschaft im Deutschen Hausärzterverband mbH, der HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG und dem IhF Institut für hausärztliche Fortbildung e.V.) weitere Informationen und Angebote – auch per E-Mail - zugesandt. Ich kann der Zusendung solcher Informationen und Angebote jederzeit widersprechen und die elektronisch (E-Mail) übersandten Informationen jederzeit abbestellen.

Ich kann diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich (Brief oder E-Mail) gegenüber dem Vorstand des Verbandes widerrufen. Die Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich erkläre mich damit ausdrücklich einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift