



## Beitrittserklärung

\_\_\_\_\_  
Name, Titel\*

\_\_\_\_\_  
Vorname\*

\_\_\_\_\_  
Geb. Datum\*

\_\_\_\_\_  
Fachgebiet, LANR.\*

\_\_\_\_\_  
PLZ/ Ort\* (Praxis)

\_\_\_\_\_  
PLZ/ Ort\* (Privat)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer\* (Praxis)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer\* (Privat)

\_\_\_\_\_  
Telefon\* (Praxis)

\_\_\_\_\_  
Fax\* (Praxis)

\_\_\_\_\_  
Telefon (Privat)

\_\_\_\_\_  
Fax (Privat)

\_\_\_\_\_  
E-Mail\* (Praxis)

\_\_\_\_\_  
E-Mail\* (Privat)

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

\_\_\_\_\_  
BSNR.\*

**Hiermit beantrage ich rechtsverbindlich die Mitgliedschaft im Hausärzteverband Rheinland-Pfalz e. V. (zutreffendes bitte ankreuzen)**

**Jahresbeitrag: (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

- 390,- € (niedergelassene(r) Ärztin/ Arzt)
- 300,- € (Assistenzärztin/ arzt / angestellte(r) Ärztin/ Arzt)
- 120,- € (Ärztin/ Arzt im ersten Jahr der Niederlassung)
- 60,- € (Weiterbildungsassistent(in) in Ausbildung / Senioren)
- 0,- € (Studenten)

**und ermächtige den Hausärzteverband Rheinland-Pfalz e. V. widerruflich, die zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge im Lastschriftverfahren von meinem Konto einzuziehen:**  
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. (Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung)

**SEPA-Lastschriftmandat:**

**Gläubiger-IDNr. DE33RLP00000265543**

**Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)**

\_\_\_\_\_  
Konto-Nr.

\_\_\_\_\_  
bei

\_\_\_\_\_  
BLZ

\_\_\_\_\_  
IBAN\*

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum\*

\_\_\_\_\_  
Stempel/ Unterschrift\*

(\*Pflichtfelder)

Per Fax an: **0261 - 2935980**