

BEITRITTSERKLÄRUNG

Service mit Herz!

Der Deutsche Hausärzterverband e. V. ist die Interessenvertretung der Hausärzte bei Politik und ärztlicher Selbstverwaltung. Wir setzen uns ein für eine hausarztbasierte Gesundheitsversorgung, für die Sicherung des hausärztlichen Honoraranteiles und für eine paritätische Besetzung der Selbstverwaltung in KV und Kammer.

Für unsere Mitglieder bieten wir u.a.:

- Fortbildungen von Hausärzten für Hausärzte
- Eigenständig verhandelte Hausarztverträge durch die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG)
- Hilfestellung bei Problemen rund um den Praxisbetrieb
- Wirtschaftliche Vorteile durch die Angebote der Wirtschaftsgesellschaft mbH im Deutschen Hausärzterverband.

Wir sind für Sie da.

Werden Sie deshalb Mitglied im Hausärzterverband Nordrhein!

Hausärzterverband Nordrhein e.V.

Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln

Telefon 02203-5756-2900/2901, Fax 02203-5756-2910

LV-NO@hausarztverband.de

www.Hausaerzte-Nordrhein.de

Per Fax an **(02203) 5756-2910**

_____/_____
Titel Geburtsdatum

Vorname, Name

Praxisadresse

Gemeinschaftspraxis MVZ Praxisgemeinschaft Einzelpraxis

Straße, Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Betriebsstätten-Nr. (BSNR)

Niedergelassen seit

Lebenslange Arztnummer (LANR)

Einheitliche Fortbildungs-Nr. (EFN / Barcode)

Privatadresse

Straße, Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon

Fax

E-Mail

SEPA-Lastschriftmandat

Hausärzterverband Nordrhein e. V., Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln
Gläubiger-ID: DE14 ZZZ00000398872, Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Kontoinhaber

Datum, Unterschrift

Ich erkläre hiermit rechtsverbindlich meinen Beitritt zum Hausärzterverband Nordrhein e. V. und ermächtige Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge im Lastschriftverfahren von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen gezogenen Lastschriften einzulösen (Zahlungsart: wiederkehrende Zahlungen). Ich stimme der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu, soweit dies für Verbandszwecke erforderlich ist.

Beitragsordnung (jährlich)

Studenten / Rentner.....beitragsfrei

Weiterbildungsassistent*.....beitragsfrei

*voraussichtlicher Abschluss: _____

Vertragsärzte / angestellte Ärzte250 €