BEITRITTSERKLÄRUNG

Hausärzteverband Nordrhein e.V.

Gesundheit ist unsere Sache

Der Deutsche Hausärzteverband 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 Hausärzteverband.

Wir sind für Sie da.
Werden Sie deshalb Mitglied im Hausärzteverband Nordrhein!

Hausärzteverband Nordrhein e.V.
Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln
Telefon 02203-5756-2900/2901, Fax 02203-5756-2910
LV-NO@hausaerzteverband.de
www.Hausaerzte-Nordrhein.de

Per Fax an (02203) 5756-2910

_____ / _____
Titel Geburtsdatum

_____
Vorname, Name

Praxisadresse (bitte auch von Weiterbildungsassistenten ausfüllen)

☐ 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)

☐ ich leite einen Qualitätszirkel ☐ ich möchte einen Qualitätszirkel gründen

Beitragsordnung (jährlich)

☐ Studenten / Rentner.....beitragsfrei

☐ Weiterbildungsassistent*.....beitragsfrei
*voraussichtlicher Abschluss: _____

☐ Vertragsärzte / angestellte Ärzte .....250 €

Privatadresse
(für Studenten und Weiterbildungsassistenten zwingend erforderlich)

_____
Straße, Hausnummer

_____
PLZ / Ort

_____
Telefon

_____
Fax

_____
E-Mail

SEPA-Lastschriftmandat
Hausärzteverband 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 Hausärzteverband 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.