

# BEITRITTSERKLÄRUNG

Hausärzterverband Nordrhein e.V.  
Edmund-Rumpler-Str. 2  
51149 Köln

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

[info@hausaeerzte-nordrhein.de](mailto:info@hausaeerzte-nordrhein.de)  
[www.Hausaeerzte-Nordrhein.de](http://www.Hausaeerzte-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)

**Privatadresse**

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon, Fax

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

Beitragsordnung:

- Student/in / Rentner beitragsfrei  
 Weiterbildungsassistent/in\* beitragsfrei  
Voraussichtlicher Abschluss \_\_\_\_\_  
 Vertragsärzte / angestellte Ärzte 250 €

## SEPA-Lastschriftmandat

Hausärzterverband Nordrhein e. V., Edmund-Rumpler-Str. 2, 55149 Köln  
Gläubiger-ID: DE14 ZZZ000000398871, Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag

Ich ermächtige den Hausärzterverband Nordrhein 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 Nordrhein e.V. auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung meines Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

## ✘ Datum, Unterschrift

Der Hausärzterverband Nordrhein e.V. erhebt mit dem Beitritt die folgenden Daten seiner Mitglieder: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift (Privat- u. Praxisanschrift), Telefon, Fax, 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 Nordrhein e.V. die nachstehend beschriebenen Mitglieder Daten 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. g. Daten seiner Mitglieder an die eigene Wirtschaftsgesellschaft SHP – Servicegesellschaft HausarztPraxis mbH, Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln, 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 AG, Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln, 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 – auch per E-Mail. 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**