

## Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im  
Deutschen Hausärzterverband Landesverband Braunschweig e.V.

Name, Vorname

---

Fachgebiet

Geb. –Datum

---

Praxisadresse

---

Telefon

Fax

---

E-Mail

---

LANR.

BSNR.

---

niedergelassen seit

angestellte Ärztin/Arzt

Ärztin/Arzt i.W.

Student/in

---

Ich bin damit einverstanden, dass mein Mitgliedsbeitrag in Höhe von € 360,00 jährlich per Lastschrift bis zum 1. März für das laufende Jahr von meinem angegebenen Konto eingezogen wird. Angestellte Ärzte zahlen 240,00 €, Ärzte in Teilzeit können auf Antrag einen Nachlass auf den jährlichen Mitgliedsbeitrag erhalten. Studenten, Ärzte in Weiterbildung und Ärzte im ersten Jahr der Niederlassung sind beitragsfrei. Der Betrag ist steuerlich absetzbar.

---

IBAN

---

BIC

---

Kreditinstitut

---

Datum

Unterschrift/ Stempel

Mit einer Weiterleitung meiner Daten zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung durch die Wirtschaftsgesellschaft meines Landesverbandes Im Deutschen Hausärzterverband e.V. erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden. Alle datenschutzrechtlichen Voraussetzungen finden Anwendung. Eine widrige Nutzung meiner Daten ist damit ausgeschlossen.

Deutscher Hausärzterverband Landesverband Braunschweig e.V.

Geschäftsstelle: Lilli Beick

Ermlandweg 3 · 38518 Gifhorn

Tel. 05371 – 93 66 810 Fax 05371 – 93 66 808

E-Mail: [hausarztverband.braunschweig@t-online.de](mailto:hausarztverband.braunschweig@t-online.de)

Home: [www.hausarztverband-braunschweig.de](http://www.hausarztverband-braunschweig.de)