

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im
Deutschen Hausärzteverband 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

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

Ort, Datum

Unterschrift/ Stempel