

BEITRITTSERKLÄRUNG



DEUTSCHER
HAUSÄRZTEVERBAND

Landesverband Baden-Württemberg e.V.

bitte per Telefax an:

0711/69 33 06 39

oder per Post im Fensterkuvert an:

**Deutscher Hausärzteverband
Landesverband Baden-Württemberg e.V.
Kölner Straße 18**

70376 Stuttgart-Münster

Monatsbeitrag:

Vollzahler:	25,- Euro
Ärzte im ersten Jahr der Niederlassung:	7,- Euro
Studenten:	beitragsfrei

Name

Telefon

Vorname

Telefax

Titel

Geb.-Datum

E-Mail

PLZ/Ort (Praxissitz/ggf. Wohnort)

Fachgebiet

Straße

niedergelassen seit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Betriebsstättennummer (KV-Nummer)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LANR

Mit der Speicherung meiner Daten ausschließlich zu satzungsgemäßen Aufgaben bin ich einverstanden, ebenso mit der Weitergabe an andere Vereinsmitglieder, falls zu satzungsgemäßen Aufgaben erforderlich. Von der Satzung habe ich Kenntnis genommen und erkenne sie bei Aufnahme verbindlich an. Die Satzung kann im Internet unter www.hausarzt-bw.de eingesehen werden.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Deutschen Hausärzteverband e.V., LV Baden-Württemberg e.V.

Lt. Beschluss der Delegiertenversammlung vom 09.04.2011 ist eine Mitgliedschaft nur bei Teilnahme am Beitragseinzugsverfahren möglich. Hiermit ermächtige ich den Deutschen Hausärzteverband, LV Baden-Württemberg, widerruflich, die zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge im Lastschriftverfahren abzubuchen von meinem Konto:

Konto-Nr.

bei der

BLZ

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift

Ja, ich interessiere mich auch für eine Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und wünsche Informationsmaterial