



HAUSÄRZTEVERBAND BREMEN

Geschäftsstelle Bremen

Aufnahmeantrag

Hausärzterverband Bremen im DEUTSCHEN HAUSÄRZTEVERBAND e.V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Hausärzterverband Bremen e.V.

Titel :

Name :

Vorname :

Geburtstag :

Tel :

FAX :

Email :für schnelle Information

Adresse :

.....

Lebenslange Arzt-Nr. (LANR) :

Einheitliche Fortbildungs-Nr. (EFN) :

(bitte zutreffendes ankreuzen)

Beitragsfrei (Ärzte in Weiterbildung und Hausärzte nach Beendigung der Praxis)

Meinen Beitrag, monatlich z.Zt. EUR 25,00

möchte ich durch Einzug per Lastschrift als Jahresbeitrag von meinem Konto

IBAN _____ abbuchen lassen.

Bremen, den

Stempel und Unterschrift:

Bitte senden an:

Hausärzterverband Bremen im Deutschen Hausärzterverband e.V.
Woltmershauser Straße 215 A
28197 Bremen Telefon: 0421 / 520 79 790 Telefax: 0421 / 520 79 791
Email-Adresse: info@hausarztverband-bremen.de
Homepage: www.hausarztverband-bremen.de

*Woltmershauser Str 215 A -
28197 Bremen
Telefon +49 421 520 79 79 0
Fax +49 421 520 79 79 1*

www.hausarztverband-bremen.de
info@hausarztverband-bremen.de

Dt. Apotheker- und Ärztebank Bremen
IBAN DE28 3006 0601 0001 9431 46
BIC DAAEDEDXXX