



HAUSÄRZTEVERBAND BREMEN E. V.

Aufnahmeantrag

Hausärzterverband Bremen im DEUTSCHEN HAUSÄRZTEVERBAND e.V.

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

Titel /Name :.....
Vorname :.....
Geburtstag :.....
Tel. :.....
FAX :.....
E-Mail :.....
Adresse :.....
BSNR :.....
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR) :.....
Einheitliche Fortbildungs-Nr. (EFN) :.....
Name der Weiterbildungspraxis :.....
Zeitraum der Weiterbildung :von.....bis.....

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

Ich bin mit der Einziehung meines monatlichen Beitrags € 25,00, jährlich € 300,-, ermäßigter Beitrag bei Gemeinschaftspraxen mit 2 Mitgliedern je Partner € 250,- ab 3 Partner in der Praxis je € 200,- von meinem nachfolgenden Konto bei der:

Bank:.....

Kontoinhaber:.....

IBAN:..... abbuchen lassen.

ich möchte durch Einzug per Lastschrift den Jahresbeitrag von meinem Konto einziehen lassen.

Bremen,

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: geschaefsstelle@hausaezterverband-bremen.de
Homepage: www.hausaezterverband-bremen.de