



Antrag auf Beitragsermäßigung für Gemeinschaftspraxen

Name/Stempel der Gemeinschaftspraxis

folgende Kolleginnen/ Kollegen sind ebenfalls Mitglied im Bremer Hausärzteverband:

Namen:

Wir beantragen daher ab sofort.

Neumitglied(er)Name(n)
(Antrag beifügen)

Staffelung:	ab 2 Mitglieder	je 250 € / Jahr
	ab 3 Mitglieder	je 200 € / Jahr

laut Beitragsordnung gültig ab 01.01.2014

**Zurück an die Geschäftsstelle:
E-Mail: info@haev-bremen.de**