



Aufnahmeantrag

Hausärztinnen- und Hausärzteverband Bremen e.V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Hausärztinnen- und Hausärzteverband Bremen e.V.

Titel :

Name :

Vorname :

Geburtsdatum :

Tel./Mobil :

FAX :

E- Mail :für schnelle Information

Adresse :

BSNR :

Lebenslange Arzt-Nr. (LANR) :

Einheitliche Fortbildungs-Nr. (EFN) :

(bitte zutreffendes ankreuzen)

Beitragsfrei
(Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und Hausärztinnen- und Hausärzte nach Beendigung ihrer Praxistätigkeit)

Ich bin mit der Einziehung meines monatlichen Beitrags € 25,00, jährlich € 300,-, ermäßigter Beitrag bei Gemeinschaftspraxen mit 2 Mitgliedern je Partner € 250,- bei 3 Partnern in einer 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:
Hausärztinnen- und Hausärzteverband Bremen e.V.
Huchtinger Heerstr. 24
28259 Bremen
Telefon: 0421 / 520 79 790
Email-Adresse: info@haev-bremen.de
Homepage: www.haev-bremen.de