



## 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](mailto:info@haev-bremen.de)  
Homepage: [www.haev-bremen.de](http://www.haev-bremen.de)