



Hausärzterverband Bremen

Aufnahmeantrag

Hausärzterverband Bremen im DEUTSCHEN HAUSÄRZTEVERBAND e.V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Hausärzterverband 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 (Ärzte in Weiterbildung 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:

Hausärzterverband Bremen im Deutschen Hausärzterverband e.V.
Woltmershauser Straße 215 A

28197 Bremen Telefon: 0421 / 520 79 790, Fax: 0421/52079791

Telefax: 0421 / 520 79 791

Email-Adresse: geschaeftsstelle@hausaezterverband-bremen.de

Homepage: www.hausaezterverband-bremen.de