

# DER EINZIGE VERBAND FÜR DEN HAUSARZT

Wilhelm-Brand-Straße 1a, 44141 Dortmund  
Telefon 0231-821175  
Fax 0231-825364  
E-Mail BDA-WESTFALEN-LIPPE@t-online.de

[www.hausaerzteverband-wl.de](http://www.hausaerzteverband-wl.de)



## GESUNDHEIT IST UNSERE SACHE

- Ø Der Deutsche Hausärzteverband ist die größte Berufsvertretung der Hausärzte
- Ø Wir machen uns stark für die Durchsetzung Ihrer Interessen bei Politik und ärztlicher Selbstverwaltung. - Machen Sie uns stärker durch Ihre Mitgliedschaft!
- Ø Wir sind für alle Hausärzte Vertragspartner der Krankenkassen bei der Integrierten hausarztbasierten Versorgung

## WIR KÄMPFEN

- Ø Für eine hausarztbasierte Gesundheitsversorgung
- Ø Für die Sicherung des hausärztlichen Honoraranteiles
- Ø Für eine paritätische Besetzung der Selbstverwaltung in KV und Kammer

## WIR BIETEN U.A.:

- Ø Fortbildungen von Hausärzten für Hausärzte
- Ø Eigenständig verhandelte Hausarztverträge durch die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG
- Ø Hilfestellung bei Problemen rund um den Praxisbetrieb
- Ø Wirtschaftliche Vorteile durch die Angebote der Wirtschaftsgesellschaft mbH im Deutschen Hausärzteverband

**Werden Sie Mitglied im Landesverband Westfalen-Lippe des Deutschen Hausärzteverbandes!**

**Wir sind für Sie da!**

" ..... " ..... " ..... " ..... " ..... " ..... " ..... " ..... " ..... " ..... " ..... " .....

## **BEITRITTSERKLÄRUNG** zum Hausärzteverband Westfalen-Lippe e.V.

Ich erkläre hiermit rechtsverbindlich meinen Beitritt zum Hausärzteverband Westfalen-Lippe e.V. und ermächtige Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos abzubuchen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Monatsbeitrag 20,00 Euro ab _____	Niederlassung ca. als _____
Name _____	Vorname _____
PLZ _____	Ort _____
Straße _____	geb. am _____
Betriebsst.-Nr. _____	LA-Nr. _____
Kto.-Nr. _____	BLZ _____
Kreditinstitut _____	Telefon _____
Fax _____	E-Mail _____

Datum

Unterschrift

Kassenarztstempel