

Absender (Praxisstempel bitte deutlich)

Tel.:

Fax:

Email:

Humboldtstraße 9
22083 Hamburg

Telefon: 040/69 70 24 77

Fax: 040/69 70 21 85

E-Mail: info@hausarztverband-hamburg.de

URL: www.hausarztverband-hamburg.de



Humboldtstraße 9
22083 Hamburg

Beitrittserklärung

Ich (Name)

geboren am

niedergelassen als

seit

Gemeinschaftspraxis mit

Name der Praxis

LANR:

BSNR:

erkläre hiermit rechtsverbindlich meinen
Beitritt zum Hausärzterverband Hamburg e.V.

Datum _____

Unterschrift _____

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschrift- verfahren

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die
von mir zu entrichtenden Zahlungen wegen
Beitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines
Girokontos

Kontoinhaber.

Kto Nr.

Bankleitzahl

Kreditinstitut

mittels Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung
nicht aufweist, besteht seitens des
kontoführenden Kreditinstituts (s. o.) keine
Verpflichtung zur Einlösung.

**Ich bin Weiterbildungsassistent/in
und bis 31.12.d.J. beitragsfrei
(muss jeweils neu beantragt werden)**

Monatsbeitrag € 30,--,

Datum _____

Unterschrift _____