

# Hausärzteverband Nordrhein e.V.



Edmund-Rumpler-Str. 2  
51149 Köln  
Tel. 02203/5756-2900/2901  
Fax 02203/5756-2910  
Email: lv-no@hausaezrteverband.de

## Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Hausärzteverband Nordrhein e. V.

**Jahresbeitrag:** 200,00 €  
**Beitragsfrei:** Studenten der Humanmedizin, Assistenzärzte, Ärzte im Praktikum

**Name** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_ **Fax** \_\_\_\_\_

**Geb.-Datum** \_\_\_\_\_ **Email** \_\_\_\_\_

**Fachgebiet** \_\_\_\_\_ **niedergelassen seit** \_\_\_\_\_

### Praxisanschrift

**PLZ/ Ort** \_\_\_\_\_ **Straße** \_\_\_\_\_

**GM.-Praxis mit** \_\_\_\_\_

### Privatanschrift

**PLZ/ Ort** \_\_\_\_\_ **Straße** \_\_\_\_\_

**LAN-Nr.** \_\_\_\_\_ **Betriebsstätten-Nr.** \_\_\_\_\_

### Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriftverfahren

Hiermit ermächtige ich den Hausärzteverband Nordrhein widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

**Konto-Nr.** \_\_\_\_\_ **Bankleitzahl** \_\_\_\_\_

**Kreditinstitut** \_\_\_\_\_ **Kontoinhaber** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Datum/Unterschrift**

\_\_\_\_\_  
**Stempel**