



Beitrittserklärung

Name

Telefon

Vorname

Telefax

Titel Geb. Datum

Email

PLZ/ Ort

Fachgebiet

Straße

Niedergelassen seit/ KV-Nummer

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Deutschen Hausärzteverband Landesverband Rheinland-Pfalz e. V.

Jahresbeitrag 300,00 €

Ich ermächtige den Deutschen Hausärzteverband Landesverband Rheinland-Pfalz e. V. widerruflich, die zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge im Lastschriftverfahren von meinem Konto einzuziehen:

Konto-Nr.

bei

BLZ

Ort/ Datum

Stempel/ Unterschrift

Per Fax an: 0261 - 2935980