

# BEITRITTSERKLÄRUNG



DEUTSCHER  
**HAUSÄRZTEVERBAND**

Landesverband Baden-Württemberg e.V.

per Telefax an:  
**07 11 / 59 32 79**

oder per Post im Fensterkuvert an:

**Deutscher Hausärzteverband  
Landesverband Baden-Württemberg e.V.  
Kölner Straße 18**

**70376 Stuttgart-Münster**

**Monatsbeitrag: 25,- Euro**

Noch nicht niedergelassene und Ärzte im  
ersten Jahr nach der Niederlassung **7,- Euro**  
Studenten beitragsfrei

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefax

\_\_\_\_\_  
Titel

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort (Praxissitz / ggf. Wohnort)

\_\_\_\_\_  
Fachgebiet

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
niedergelassen seit

\_\_\_\_\_  
KV-Nummer

**Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Deutschen Hausärzteverband e.V., LV Baden-Württemberg e.V.**

Hiermit ermächtige ich den Deutschen Hausärzteverband, LV Baden-Württemberg, widerruflich, die zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge im Lastschriftverfahren abzubuchen von meinem Konto:

\_\_\_\_\_  
Konto-Nr.

\_\_\_\_\_  
bei der

\_\_\_\_\_  
BLZ

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift