



*DEUTSCHER*  
**HAUSÄRZTEVERBAND**  
*LV Schleswig-Holstein*

## ***ICH WERDE MITGLIED !***

Hiermit erkläre ich rechtsverbindlich meinen Beitritt zum Hausärzterverband Schleswig-Holstein:

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon Telefax

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

\_\_\_\_\_  
Niedergelassen im Fachgebiet Niedergelassen seit

\_\_\_\_\_  
Gemeinschaftspraxis mit

Ich bin mit der Einziehung des Jahresbeitrags in Höhe von **245,- €** (Gemeinschaftspraxen je Partner **215,- €** ab 3 Partner in der Praxis je Partner **185,- €**) von meinem nachfolgend genannten Konto ab:

Bankname: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden. Dazu genügt eine kurze schriftliche Mitteilung an den/die Schatzmeister/in.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift / Stempel des Kontoinhabers

Ausfüllen, unterschreiben und stempeln und an die Geschäftsstelle des Hausärzterverbandes Schleswig-Holstein, Schloßstr. 6, 25876 Schwabstedt, senden oder per Fax an die Nummer (04884) 903391 schicken.