



Neuaufnahme Saarländischer Hausärzteverband

Name: _____ Vorname: _____

Titel: _____ Geb. Datum: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Email: _____

Konto: _____ Bank: _____ BLZ: _____

Anschrift: _____

Niederlassungsdatum: _____

Beitrittserklärung

Zum Saarländischen Hausärzteverband e.V. im BDA

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum _____

Ort, Datum

Unterschrift, Kassenstempel

Einzugsermächtigung

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass der laufende Mitgliedsbeitrag von zur Zeit 20€ monatlich, zum Saarländischen Hausärzteverband e.V. im BDA, von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland einbehalten wird. Diese Erklärung gilt bis zum schriftlichen Widerruf an unsere Geschäftsstelle.

Ort, Datum

Unterschrift, Kassenstempel

Anschriftstempel