



# **HAUSÄRZTEVERBAND BREMEN E. V.**

## **Aufnahmeantrag**

### **Hausärzterverband Bremen im DEUTSCHEN HAUSÄRZTEVERBAND e.V.**

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Hausärzterverband Bremen e.V.

Titel /Name: .....  
Vorname: .....  
Geburtstag: .....  
Telefon/Mobil Nr.: .....  
FAX: .....  
E-Mail: .....  
Adresse: .....  
BSNR: .....  
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR): .....  
Einheitliche Fortbildungs-Nr. (EFN): .....  
Name der Weiterbildungspraxis: .....  
Zeitraum der Weiterbildung: : von..... bis.....

Beitragsfrei (Ärzte in Weiterbildung und Hausärzte nach Beendigung der Praxistätigkeit)

**Ich bin mit der Einziehung meines monatlichen Beitrags € 25,00, jährlich € 300,-, ermäßigter Beitrag bei Gemeinschaftspraxen mit 2 Mitgliedern je Partner € 250,- bei 3 Partnern in einer Praxis je € 200,- von meinem nachfolgenden Konto bei der:**

**Bank:**.....

**Kontoinhaber:**.....

**IBAN:**..... abbuchen lassen.

Ich möchte durch Einzug per Lastschrift den Jahresbeitrag von meinem Konto einziehen lassen.

Bremen,

Stempel und Unterschrift:

Bitte senden an:

**Hausärzterverband Bremen im Deutschen Hausärzterverband e.V.**

**Woltmershauser Straße 215 A**

**28197 Bremen**

**Telefon: 0421 / 520 79 790 Telefax: 0421 / 520 79 791**

**E-Mail-Adresse: [geschaeftsstelle@hausaezterverband-bremen.de](mailto:geschaeftsstelle@hausaezterverband-bremen.de)**

**Homepage: [www.hausaezterverband-bremen.de](http://www.hausaezterverband-bremen.de)**