

Bitte per Fax an die Geschäftsstelle in Wallerfangen senden.
Fax-Nr. 06837 – 9 09 93 75

Saarländischer
Hausärzteverband e.V.



Neuaufnahme
Saarländischer Hausärzteverband

Name: _____ Vorname: _____

Titel: _____ Geb. Datum: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Email: _____

IBAN: _____ BIC: _____ Bank: _____

Anschrift: _____

Niederlassungsdatum: _____

BSNR: _____ LANR: _____

Beitrittserklärung

Zum Saarländischen Hausärzteverband e.V. im Deutschen Hausärzteverband e.V.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum _____

Ort, Datum

Unterschrift, Kassenstempel

Einzugsermächtigung

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass der laufende Mitgliedsbeitrag von zur Zeit 30 €/Monat (für angestellte Ärzte/innen 20,- €/Monat, für Weiterbildungsassistenten/innen 10,- €/Monat per Rechnungsstellung), zum Saarländischen Hausärzteverband e.V. im Deutschen Hausärzteverband e.V., von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland einbehalten wird. Diese Erklärung gilt bis zum schriftlichen Widerruf an unsere Geschäftsstelle.

Ort, Datum

Unterschrift, Kassenstempel

Anschriftstempel