



Beitrittserklärung

Name, Titel*

Vorname*

Geb. Datum*

Fachgebiet, LANR.*

PLZ/ Ort* (Praxis)

PLZ/ Ort* (Privat)

Straße, Hausnummer* (Praxis)

Straße, Hausnummer* (Privat)

Telefon* (Praxis)

Fax* (Praxis)

Telefon (Privat)

Fax (Privat)

E-Mail* (Praxis)

E-Mail* (Privat)

Niedergelassen seit*

BSNR.*

Hiermit beantrage ich rechtsverbindlich die Mitgliedschaft im Deutschen Hausärzteverband Landesverband Rheinland-Pfalz e. V. (zutreffendes bitte ankreuzen)

Jahresbeitrag: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- 390,- € (niedergelassene(r) Ärztin/ Arzt)
- 300,- € (Assistenzärztin/ arzt / angestellte(r) Ärztin/ Arzt)
- 120,- € (Ärztin/ Arzt im ersten Jahr der Niederlassung)
- 60,- € (Weiterbildungsassistent(in) in Ausbildung / Senioren)
- 0,- € (Studenten)

und ermächtige den Deutschen Hausärzteverband Landesverband Rheinland-Pfalz e. V. widerruflich, die zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge im Lastschriftverfahren von meinem Konto einzuziehen: Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. (Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung)

SEPA-Lastschriftmandat:

Gläubiger-IDNr. DE33RLP00000265543

Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Konto-Nr.

bei

BLZ

IBAN*

BIC

Ort/ Datum*

Stempel/ Unterschrift*

(*Pflichtfelder)

Per Fax an: 0261 - 2935980