HAUSÄRZTEVERBAND BREMEN

Geschäftsstelle Bremen

Bremen, 18.07.2012

Antrag auf Beitragsermäßigung für Gemeinschaftspraxen

Name/Stempel der Gemeinschaftspraxis

Folgende Kolleginnen/ Kollegen sind ebenfalls Mitglied im Bremer Hausärzteverband.

Namen:

_____

_____

_____

Wir beantragen daher ab sofort einen reduzierten Mitgliedsbeitrag für:

Neumitglied(er) Name(n) (Antrag beifügen)

_____

_____

_____

Staffelung:	**ab 2 Mitglieder**	**je Mitglied 225 € / p.a.**
	ab 3 Mitgliedern	**je Mitglied 175 € / p.a.**

Bitte senden an:

Hausärzteverband Bremen im BDA e.V.
Woltmershauser Str 215 A
28197 Bremen
Telefon: **0421 / 520 79 790**
Telefax: **0421 / 520 79 791**
Email-Adresse: **info@hausaerzteverband-bremen.de**
Homepage: **www.hausaerzteverband-bremen.de**