



# HAUSÄRZTEVERBAND BREMEN

Geschäftsstelle Bremen

## Aufnahmeantrag

### Hausärzterverband Bremen im Deutschen Hausärzterverband e.V.

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

Titel : .....

Name : .....

Vorname : .....

Geburtstag : .....

Tel : .....

FAX : .....

Email : ..... für schnelle Information

Adresse : .....

(bitte zutreffendes ankreuzen)

Beitragsfrei (Assistenten in Weiterbildung und Hausärzte nach Beendigung der Praxis)

#### Meinen Beitrag, monatlich z.Zt. EUR 25,00

möchte ich durch Einzug per Lastschrift von meinem (günstigste Variante!)

Konto : \_\_\_\_\_ bei der \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_ abbuchen lassen.

per Dauerauftrag überweisen

Bremen, den

Stempel und Unterschrift:

Bitte senden an:

**Hausärzterverband Bremen im BDA e.V.**

**Woltmershauser Straße 215 A**

**28197 Bremen**

**Telefon: 0421 / 520 79 790**

**Telefax: 0421 / 520 79 791**

**Email-Adresse: [info@hausarztverband-bremen.de](mailto:info@hausarztverband-bremen.de)**

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