



DEUTSCHER
HAUSÄRZTEVERBAND
LV Schleswig-Holstein

ICH WERDE MITGLIED !

Hiermit erkläre ich rechtsverbindlich meinen Beitritt zum Hausärzterverband Schleswig-Holstein:

Vor- und Zuname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon Telefax

E-Mail-Adresse

Niedergelassen im Fachgebiet Niedergelassen seit

Gemeinschaftspraxis mit

Ich bin mit der Einziehung des Jahresbeitrags in Höhe von **245,- €** (Gemeinschaftspraxen je Partner **215,- €** ab 3 Partner in der Praxis je Partner **185,- €**) von meinem nachfolgend genannten Konto ab:

Bankname: _____

Bankleitzahl: _____

Kontoinhaber: _____

Kontonummer: _____

Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden. Dazu genügt eine kurze schriftliche Mitteilung an den/die Schatzmeister/in.

Ort, Datum Unterschrift / Stempel des Kontoinhabers

Ausfüllen, unterschreiben und stempeln und an die Geschäftsstelle des Hausärzterverbandes Schleswig-Holstein, Schloßstr. 6, 25876 Schwabstedt, senden oder per Fax an die Nummer (04884) 903391 schicken.