

BEITRITTSERKLÄRUNG

Gesundheit ist unsere Sache

Der Deutsche Hausärzteverband e. V. ist die Interessenvertretung der Hausärzte bei Politik und ärztlicher Selbstverwaltung. Wir setzen uns ein für eine hausarztbasierte Gesundheitsversorgung, für die Sicherung des hausärztlichen Honoraranteiles und für eine paritätische Besetzung der Selbstverwaltung in KV und Kammer.

Für unsere Mitglieder bieten wir u. a.

- Fortbildungen von Hausärzten für Hausärzte
- Eigenständig verhandelte Hausarztverträge durch die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG)
- Hilfestellung bei Problemen rund um den Praxisbetrieb
- Wirtschaftliche Vorteile durch die Angebote der Wirtschaftsgesellschaft mbH im Deutschen Hausärzteverband

Wir sind für Sie da. Werden Sie deshalb Mitglied im Landesverband Westfalen-Lippe des Deutschen Hausärzteverbandes!

Hausärzteverband Westfalen-Lippe e. V.
Massener Straße 119 a, 59423 Unna
Telefon 02303-94292-0, Fax 02303-94292-299
lvwl@hausarztverband.de
www.hausarztverband-wl.de

Per Fax an **(02 303) 94 292-299**

.....
Titel

.....
Vorname

Praxisadresse

Gemeinschaftspraxis MVZ Praxisgemeinschaft Einzelpraxis

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ/Ort

.....
Telefon

.....
Telefax

.....
Mobil

.....
E-Mail

.....
BSNR (Betriebsstättennummer)

.....
Niedergelassen seit

.....
LANR (Lebenslange Arztnummer)

.....
EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer)

.....
Name

.....
Geburtsdatum

Privatadresse

(für Studenten und Weiterbildungsassistenten zwingend erforderlich)

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ/Ort

.....
Telefon

.....
Telefax

.....
Mobil

.....
E-Mail

Bankverbindung

.....
IBAN

.....
BIC

.....
Kreditinstitut

.....
Kontoinhaber

- Ich habe Interesse an Informationen zur HZV.
 Ich leite den Qualitätszirkel in/Ich möchte einen Qualitätszirkel gründen

.....
Datum, Unterschrift

Ich erkläre hiermit rechtsverbindlich meinen Beitritt zum Hausärzteverband Westfalen-Lippe e. V. und ermächtige Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge im Lastschriftverfahren von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen gezogenen Lastschriften einzulösen (Zahlungsart wiederkehrende Zahlung). Ich stimme der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu, soweit dies für Verbandszwecke erforderlich ist.

Beitragsordnung

Für Mitglieder gelten folgende Jahresbeiträge:

- Studenten beitragsfrei
 Weiterbildungsassistent* beitragsfrei
Voraussichtlicher Abschluss im Jahr
 Ärzte im Ruhestand/nicht mehr kassenärztlich tätig beitragsfrei
 Vertragsärzte 240 €
 Angestellte Ärzte* 240 €

.....
* Bestätigung des Arbeitgebers (Stempel/Unterschrift)