



HAUSÄRZTEVERBAND BREMEN E. V.

Aufnahmeantrag

Hausärzterverband Bremen im DEUTSCHEN HAUSÄRZTEVERBAND e.V.

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

Titel /Name:
Vorname:
Geburtstag:
Telefon/Mobil Nr.:
FAX:
E-Mail:
Adresse:
BSNR:
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR):
Einheitliche Fortbildungs-Nr. (EFN):
Name der Weiterbildungspraxis:
Zeitraum der Weiterbildung: : von..... bis.....

Beitragsfrei (Ärzte in Weiterbildung und Hausärzte nach Beendigung der Praxistätigkeit)

Ich bin mit der Einziehung meines monatlichen Beitrags € 25,00, jährlich € 300,-, ermäßigter Beitrag bei Gemeinschaftspraxen mit 2 Mitgliedern je Partner € 250,- bei 3 Partnern in einer Praxis je € 200,- von meinem nachfolgenden Konto bei der:

Bank:.....

Kontoinhaber:.....

IBAN:..... abbuchen lassen.

Ich möchte durch Einzug per Lastschrift den Jahresbeitrag von meinem Konto einziehen lassen.

Bremen,

Stempel und Unterschrift:

Bitte senden an:

Hausärzterverband Bremen im Deutschen Hausärzterverband e.V.

Woltmershauser Straße 215 A

28197 Bremen

Telefon: 0421 / 520 79 790 Telefax: 0421 / 520 79 791

E-Mail-Adresse: geschaefsstelle@hausaezterverband-bremen.de

Homepage: www.hausaezterverband-bremen.de