

Unser Dankeschön für Sie!

Mit Ihrer Mitgliedschaft tragen Sie dazu bei, uns Hausärztinnen und Hausärzte in Bayern eine starke Interessensvertretung zu sichern. Dafür möchten wir uns bei Ihnen bedanken. Bitte wählen Sie ein Geschenk aus:



hochwertiges Notizbuch mit Verbandslogo

oder

MMP Alucliptrix Diagnoseleuchte von Peil mit Verbandslogo

Hausarztzentrierte Versorgung



Mehr als eine Alternative



Wir informieren Sie gerne.

www.hausaerzte-bayern.de

Bitte senden Sie uns die ausgefüllte Beitrittserklärung per Fax: **089 / 127 39 27 99** oder per Post an

Bayerischer Hausärzteverband e. V.
Orleansstr. 6, 81669 München

Beitrittserklärung (zurück per Fax an 089 127 39 27 99)

Hiermit erkläre ich rechtsverbindlich meinen Beitritt zum Bayerischen Hausärzteverband e. V.

Titel _____ Name _____

Vorname _____ Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ) _____

Praxisadresse BAG MVZ Einzelpraxis

Straße _____ niedergelassen seit (TT/MM/JJJJ) _____

PLZ _____ Ort _____ LANR (Lebenslange Arztnummer) _____

Telefon _____ Telefax _____ BSNR (Betriebsstättennummer) _____

Mobil _____ EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer) _____

E-Mail _____

Privatadresse (für Studenten und Weiterbildungsassistenten zwingend erforderlich)

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

Der Bayerische Hausärzteverband e.V. erhebt mit dem Beitritt die folgenden Daten seiner Mitglieder: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift (Privat- und Praxisanschrift), Telefonnummer, Faxnummer, E-Mailadresse, lebenslange Arztnummer, Betriebsstättennummer und Bankverbindung. Diese Daten werden im Rahmen der Mitgliedschaft verarbeitet und gespeichert. Als Mitglied des Deutschen Hausärzteverbandes e.V. (Dachverband) muss der Bayerische Hausärzteverband e.V. die nachstehend beschriebenen Mitgliederdaten an den Deutschen Hausärzteverband e.V., Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln weitergeben. Der Verband veröffentlicht je nach Anlass Namen und ggf. Bilder seiner Mitglieder auf der Homepage, in sozialen Medien, in der Vereinszeitschrift, Rundschreiben, etc. Der Verband leitet die o.a. Daten seiner Mitglieder an die eigene Wirtschaftsgesellschaft Hausärztliche Service- und Wirtschaftsgesellschaft mbH (HSW GmbH), Orleansstr. 6, 81669 München, die Wirtschaftsgesellschaft im Deutschen Hausärzteverband e.V., Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln, das Ihf Institut für hausärztliche Fortbildung e.V. Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln und die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft, Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln weiter, damit den Mitgliedern Service-, Fortbildungs- und sonstige Angebote und Informationen zur Teilnahme an besonderen Versorgungserträgen (§§ 73b und 140a ff. SGB V) zur Kenntnis gebracht werden können. Zu diesem Zweck erhalten die Mitglieder des Bayerischen Hausärzteverbandes e.V. vom Bayerischen Hausärzteverband e.V., von der Hausärztlichen Service- und Wirtschaftsgesellschaft mbH (HSW GmbH), vom Deutschen Hausärzteverband e.V. und der ihm angeschlossenen Organisationen (Wirtschaftsgesellschaft im Deutschen Hausärzteverband mbH, der HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG und dem Ihf Institut für hausärztliche Fortbildung e.V.) weitere Informationen und Angebote – auch per E-Mail – zugesandt. Ich kann der Zusendung solcher Informationen und Angebote jederzeit widersprechen und die elektronisch (E-Mail) übersandten Informationen jederzeit abbestellen. Ich kann diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich (Brief oder E-Mail) gegenüber dem Vorstand des Verbandes widerrufen. Die Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich erkläre mich damit ausdrücklich einverstanden.

Datum _____ Unterschrift _____

- Ich habe Interesse an Informationen zur HzV
- Ich leite den Qualitätszirkel
- Ich möchte einen Qualitätszirkel gründen

Beitragsordnung

Für Mitglieder gelten folgende Jahresbeiträge:

zahlbar in zwei Halbjahresraten, regelmäßig im Februar und August des Jahres (Stand 01.12.2013)

- Studenten** beitragsfrei
bitte Nachweis beilegen
- Arzt/Ärztin in Weiterbildung*** 30,- €
voraussichtlicher Abschluss im Jahr _____
- Vertragsärzte** 360,- €
- Angestellte Ärzte ab 21 h/Woche** 360,- €
- Angestellte Ärzte bis 20 h/Woche*** 180,- €

*Bestätigung des Arbeitgebers (Stempel/Unterschrift)

Bitte zugehörige Gruppe ankreuzen

Ich freue mich über folgende Prämie als Dankeschön für meinen Beitritt

- hochwertiges Notizbuch
- Diagnoseleuchte (bitte ankreuzen)

Bayerischer Hausärzteverband e. V., Orleansstr. 6, 81669 München
Gläubiger-ID: DE25BHV00000652135 · Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den Bayerischen Hausärzteverband e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bayerischen Hausärzteverband e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber _____

Kreditinstitut _____

IBAN _____

SWIFT/BIC _____

Datum _____ Unterschrift _____