



Hausärzterverband Berlin und Brandenburg e.V. (BDA)
Kulmbacher Str. 15
10777 Berlin

info@bda-hausaerzterverband.de
Tel: +49 (0)30 312 92 43
Fax: +49 (0)30 313 78 27

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied in den Hausärzterverband Berlin und Brandenburg e.V. (BDA).
Der Mitgliedsbeitrag pro Jahr beträgt für niedergelassene Ärzt:innen 360,00 Euro, angestellte Ärzt:innen 150,00 Euro, außerordentliche und fördernde Mitglieder ohne Praxis 120,-Euro. Ärzt:innen in Weiterbildung und Student:innen sind vom Beitrag befreit.

Form fields for personal and professional details: Anrede, Name, Vorname, Titel, Geburtsdatum, Email (Privat), Tel./Mobil (Privat), Anschrift (Privat), LANR, BSNR, EFN, Anschrift (Praxis), Tel./Fax (Praxis), Status (niedergelassen seit, angestellt seit, in Weiterbildung vorauss. bis, sonstiger)

Hiermit bevollmächtige ich den Hausärzterverband Berlin und Brandenburg e.V. (BDA) ab dem (Datum), bis auf Widerruf, die von mir zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit von meinem nachstehenden Konto einzuziehen.

IBAN: DE BIC:

Ich ermächtige meine Bank, mein oben genanntes Konto mit dem angeforderten Betrag zu belasten. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

- Ja, ich stimme der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu, soweit dies für Verbandszwecke erforderlich ist.
Ja, ich möchte Informationen zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) erhalten.
Ja, ich habe die Satzung zur Kenntnis genommen und erkenne diese an. (https://www.bda-hausaerzterverband.de/verband/satzung)

Datum, Unterschrift Praxisstempel