

Antrag auf Mitgliedschaft



Hausärztinnen- und
Hausärzterverband
Schleswig-Holstein

Hiermit beantragen Sie rechtsverbindlich die Mitgliedschaft im Hausärztinnen- und Hausärzterverband Schleswig-Holstein e. V.

Anackerstraße 2
25917 Leck
Tel.: 04662 881 74 71
Fax: 04662 881 74 73
E-Mail: kontakt@hausarztverband.sh
Web: www.hausarztverband.sh

Die aktuelle Satzung und Beitragsordnung finden Sie unter www.hausarztverband.sh/satzung

Informationen zum Antragsteller

Anrede Titel

Vor- und Zuname

Geburtstag

Für **Studierende** und **Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung** sind folgende Angaben zwingend erforderlich:

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefon Fax

Mobil

E-Mail

Informationen zur Praxis

Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis Praxisgemeinschaft MVZ

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefon Fax

E-Mail

Betriebsstättennummer (BSNR) Niedergelassen seit

Lebenslange Arztnummer (LANR)

Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN)

Fachgebiet

Jährlicher Mitgliedsbeitrag

* Bitte Bestätigung des Arbeitgebers beifügen

Studierende	0,- €
Ärztinnen / Ärzte in Weiterbildung* Voraussichtlicher Abschluss im Jahr: _____	0,- €
Ärztinnen / Ärzte im Ruhestand	0,- €

Vertragsärztinnen / Vertragsärzte	295,- €
Angestellte Ärztinnen / Ärzte*	245,- €
Ärztinnen / Ärzte in BAG mit mehr als einem Mitglied im Hausärztinnen- und Hausärzterverband	245,- €

Sonstige Angebote

Ich habe Interesse an Informationen zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)

Ich möchte die Zeitschrift „Der Hausarzt“ alle zwei Wochen kostenlos erhalten

Ihren ausgefüllten Antrag senden Sie bitte an:

E-Mail: kontakt@hausarztverband.sh

Fax: **04662 881 74 73**



Bitte erteilen Sie uns die Einzugsermächtigung, damit wir den Mitgliedsbeitrag jährlich von Ihrem Konto abbuchen können. Bitte bestätigen Sie außerdem, dass Sie unsere Datenschutzbedingungen gelesen haben und diese akzeptieren.

Bankverbindung

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Kreditinstitut

SEPA-Lastschriftmandat

Hausärztinnen- und Hausärzterverband Schleswig-Holstein e. V.

Anackerstraße 2, 25917 Leck

Gläubiger-ID: DE94ZZZ00000714719

Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag

Ich ermächtige den Hausärztinnen- und Hausärzterverband Schleswig-Holstein e. V. im Rahmen eines Dauermandates, (wiederkehrend) den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom oben genannten Landesverband auf mein Konto bezogenen SEPA-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.

Ort, Datum, Unterschrift

Datenschutzerklärung

Der Hausärztinnen- und Hausärzterverband Schleswig-Holstein e. V. erhebt mit dem Beitritt die folgenden Daten seiner Mitglieder: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift (Privat- und Praxisanschrift), Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail-Adresse, lebenslange Arztnummer, Betriebsstättennummer und Bankverbindung. Diese Daten werden im Rahmen der Mitgliedschaft verarbeitet und gespeichert. Als Mitglied des Hausärztinnen- und Hausärzterverband e. V. (Dachverband) muss der Hausärztinnen- und Hausärzterverband Schleswig-Holstein e. V. die beschriebenen Mitgliederdaten an den Hausärztinnen- und Hausärzterverband e. V., Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln weitergeben. Der Hausärztinnen- und Hausärzterverband Schleswig-Holstein e. V. veröffentlicht je nach Anlass Namen und ggf. Bilder seiner Mitglieder auf der Homepage, in sozialen Medien, in der Verbandszeitschrift, in Rundschreiben, etc. Der Hausärztinnen- und Hausärzterverband Schleswig-Holstein e. V. leitet die oben angegebenen Daten seiner Mitglieder ggf. an seine eigene Wirtschaftsgesellschaft, die Wirtschaftsgesellschaft mbH im Deutschen Hausärzterverband (WG), Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln, an das Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IHF) e.V., Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln und an die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG), Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln weiter, damit den Mitgliedern Service-, Fortbildungs- und sonstige Angebote und Informationen zur Teilnahme an besonderen Versorgungsverträgen (§§ 73b und 140a ff. SGB V) zur Kenntnis gebracht werden können. Zu diesem Zweck erhalten die Mitglieder des Hausärztinnen- und Hausärzterverband Schleswig-Holstein e. V. vom selbigen, ggf. von seiner eigenen Wirtschaftsgesellschaft, vom Hausärztinnen- und Hausärzterverband e. V. und der ihm angeschlossenen Organisationen (WG, HÄVG und IHF) 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 Hausärztinnen- und Hausärzterverband Schleswig-Holstein e. V. widerrufen. Die Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich erkläre mich damit ausdrücklich einverstanden. Ich hatte die Möglichkeit, die Satzung und Beitragsordnung des Hausärztinnen- und Hausärzterverband Schleswig-Holstein e. V. zu lesen und habe von meinen Rechten und Pflichten als Mitglied Kenntnis genommen.

Ort, Datum, Unterschrift

Ihren ausgefüllten Antrag senden Sie bitte an:

E-Mail: **kontakt@hausarztverband.sh**

Fax: **04662 881 74 73**