

# Beitrittserklärung Version 3.1.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Deutschen Hausärzterverband Landesverband Braunschweig e.V. Aus Gründen der Vereinfachung und Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern im Regelfall nur die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung jedoch für alle Geschlechter entsprechend. Die verkürzte Sprachform beinhaltet keine Wertung.

<b>1. Beginn der Mitgliedschaft</b>				
Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Deutschen Hausärzterverband Landesverband Braunschweig e.V. zum				
<b>2. Persönliche Angaben</b>				
Titel	Anrede	Vorname	Name	Geb.-Datum
<b>3. Arzt-/Berufsstatus</b>				
Fachgebiet	Ich bin kassenärztlich tätig		LANR	EFN
seit:				
Ich bin in eigener Niederlassung tätig	in Anstellung tätig	in Teilzeit < 20 Std/Woche	Ich befinde mich in Weiterbildung	
seit:	seit:	seit:	voraussichtl. bis	
<b>4. Persönliche Kontaktdaten</b>				
Anschrift-Privat		PLZ	Ort	
Telefon	Mobil	Privat-E-Mail		
<b>5. Praxisangaben</b>				
Praxisname				
Anschrift		PLZ	Ort	
Telefon	Telefax	allgemeine Praxis-E-Mailadresse	persönliche Praxis-E-Mailadresse	
BSNR	Webseite WWW.		Verwendete Praxissoftware	
<b>5.1. ergänzende Praxisangaben für Ärzte/Ärztinnen in Weiterbildung (AiW)</b>				
BSNR	Praxisname   Praxisinhaber		Beginn	Ende
-----				
-----				
<b>6. Sendungswunscheinstellungen</b>			<b>7. Persönliche Anmerkungen:</b>	
für Aussendungen des Hausärzterverbandes zur Mitgliederinformationen				
Postsendungen				
Faxsendungen				
E-Mailsendungen				
Verbandszeitschrift „Der Hausarzt“				
<b>8. Datum und Unterschrift</b>				
Ort, Datum			Unterschrift	

# Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

9. SEPA-Lastschrift einer wiederkehrenden Zahlung/Recurrent Payments		
<i>Name und Anschrift des Gläubigers</i> Deutscher Hausärzterverband Landesverband Braunschweig e.V. Geschäftsstelle: Bleibtreustr. 24   10707 Berlin		<i>Name des Zahlungspflichtigen (Mitglied Hausärzterverband LV Braunschweig)</i>  
<i>Gläubiger ID</i> DE14ZZZ00000531568		<i>Mandatsreferenz als eindeutige Identifikationsnummer für Ihren Lastschrifteinzug</i>  
10. Beitragshöhe		
Beitragsfrei im ersten Jahr meiner Niederlassung bis zum:		
<i>Mitglied</i> 360,00 EUR	<i>Arzt in Anstellung</i> 240,00 EUR	<i>Arzt in Anstellung - Teilzeit bis 20 Std./Wo</i> 180,00 EUR
11. Beitragseinzugsintervall	12. Gültig ab	
jährlich - März		

Ich ermächtige den Deutschen Hausärzterverband Landesverband Braunschweig e.V. als Gläubiger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Gläubiger 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 ist identisch mit Antragsteller

<i>Name des Kontoinhabers</i> Antragsteller <u>ist nicht</u> Kontoinhaber z.B. bei Praxis-Gemeinschaftskonto  Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für das Mitglied:	<i>Name des Kontoinhabers</i> Antragsteller <u>ist gleich</u> Kontoinhaber  				
<i>Anschrift des <b>Kontoinhabers</b></i>	<i>PLZ</i>				
Privat      Praxis	Ort				
<i>Kontoführendes Kreditinstitut</i>					
<i>BIC - nur bei Auslandskonten</i>					
<i>IBAN - Die IBAN bitte in Viererblöcke aufteilen</i>					
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					
<p>Mit einer Weiterleitung meiner Daten zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung durch die Wirtschaftsgesellschaft meines Landesverbandes im Deutschen Hausärzterverband e.V. erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden. Alle datenschutzrechtlichen Voraussetzungen finden Anwendung. Eine widrige Nutzung meiner Daten ist damit ausgeschlossen.</p>					
<i>Ort</i> <i>Datum</i>	<i>Unterschrift</i>				