HAUSÄRZTEVERBAND HESSEN e.V.

Mitglied im **Haus**ärztinnen- und Hausärzteverband

Hofheimer Straße 16a
65795 Hattersheim

Tel.: 0 6190 974 3470
Fax: 0 6190 974 3479

E-Mail: info@hausaerzte-hessen.de

Änderungsmitteilung

Hiermit gebe ich folgende Änderung(en) bekannt:

Name, ggf. mit Titel

Vorname

Geburtsdatum

Fachärztin/Facharzt für

Straße (Praxis)

Straße (privat)

PLZ/Ort (Praxis)

PLZ/Ort (privat)

Telefon (Praxis)

Telefon (privat)

Fax (Praxis)

Telefon (mobil)

E-Mail-Adresse (Praxis)

E-Mail-Adresse (privat)

Arztnummer (LANR)

Betriebsstätten-Nummer (BSNR)

Einheitl. Fortbildungs-Nr. (s. Arztausweis) oder Barcode-Aufkleber:

Monatsbeitrag:

☐ Niedergelassene/r (25,00 €):
niedergelassen seit: _____

☐ Angestellte/r Ärztin/Arzt (12,50 €)*

☐ Ärztin/Arzt in Weiterbildung (beitragsfrei)*

☐ Studentin/Student (beitragsfrei)*

☐ Ruheständler/in (beitragsfrei) seit: _____

Bei Beitritt: Mitgliedschaft gewünscht am ☐ Praxis-Standort / Studienort ☐ Wohnort

Einzugsermächtigung:

Hiermit bevollmächtige ich den Hausärzteverband Hessen, die von mir zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit von meinem nachstehenden Konto einzuziehen (wir bitten um Verständnis, dass ausschließlich deutsche Konten akzeptiert werden):

IBAN: D E

Gleichzeitig ermächtige ich meine Bank, mein oben genanntes Konto mit dem angeforderten Betrag zu belasten. Für die entsprechende Deckung werde ich Sorge tragen.
Diese Erklärung gilt, solange ich sie nicht schriftlich gegenüber dem Hausärzteverband Hessen e.V. widerrufe.

☐ Ja, ich stimme der Verarbeitung meiner o.g. Daten durch den Hausärzteverband zum Zweck der Mitgliederverwaltung, Beitragsbuchhaltung und für steuerliche Zwecke zu.

☐ Ja, ich interessiere mich auch für eine **Mitgliedschaft** in der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (**DEGAM**) und wünsche Informationsmaterial.

☐ Ja, ich möchte Informationen zur **Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)** erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

*jährlicher Nachweis erforderlich