



HAUSÄRZTEVERBAND HESSEN e.V.

Mitglied im Hausärztinnen- und Hausärzteverband



Hofheimer Straße 16a
65795 Hattersheim

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

E-Mail: info@hausaezte-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

Niedergelassen (25,00 €)
ab/seit: _____

Angestellt (12,50 €)*
ab/seit: _____

Elternzeit bis: _____

ÄiW/AiW (beitragsfrei)* bis: _____

Studentin/Student (beitragsfrei)*

Ruheständler/in (beitragsfrei) seit: _____

Praxis-Standort / Studienort Wohnort

Bei Beitritt: Mitgliedschaft gewünscht am _____

*jährlicher Nachweis erforderlich

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 möchte Informationen zur **Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)** erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel