BEITRITTSERKLÄRUNG

Hausärztinnen- und Hausärzteverband Thüringen

bitte per Mail an: **Thv-gs@t-online.de** per Telefax an:
03621/706179 oder per Post an

Hausärztinnen -und Hausärzteverband Thüringen

Z. Hd. Frau Heike Wunsch

Krusewitzstr. 12a

99867 Gotha

Monatsbeitrag*:

niedergelassene Hausärzte:	30,00€
Ehe-/Lebenspartner in Gemein.praxis & Angestellte Ärzte mit Nachweis	15,00€
Rentner mit Einkommen	1,00€
Ärzte in Weiterbildung oder Studierende der Humanmedizin	beitragsfrei

*Der Beitragseinzug erfolgt halbjährlich rückwirkend: zum 01.06 und 01.12.

Name, Titel _____ Vorname _____

Geb. Datum _____ Fachgebiet _____

PLZ/Ort (Praxis) _____ PLZ/Ort (Privat) _____

Straße, Hausnummer (Praxis) _____ Straße, Hausnummer (Privat) _____

Telefon (Praxis) _____ Telefon (Privat) _____

Telefax (Praxis) _____ Telefax (Privat) _____

Email (Praxis) _____ Email (Privat) _____

Bitte ankreuzen:

☐ Niedergelassen seit:_____ Monat/Jahr

☐ Student*in/Arzt/Ärztin in Weiterbildung seit:_____Monat/Jahr

☐ Rentner mit Einkommen

☐ Angestellte/r Arzt/Ärztin seit :_____Monat/Jahr

LANR ☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

BSNR ☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Mit der Speicherung meiner Daten ausschließlich zu satzungsgemäßen Aufgaben bin ich einverstanden, ebenso mit der Weitergabe an andere Vereinsmitglieder, falls zu satzungsgemäßen Aufgaben erforderlich. Von der Satzung habe ich Kenntnis genommen und erkenne sie bei Aufnahme verbindlich an. Die Satzung kann im Internet unter www.hausarzt-thueringen.de eingesehen werden.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Hausärztinnen -und Hausärzteverband Thüringen e.V.

SEPA-Lastschriftmandat:
Gläubiger-ID-Nr. : DE77ZZZ00000164259 Mandatsreferenz-Nr. wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige hiermit den Thüringer Hausärzteverband e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Thüringer Hausärzteverband e.V. gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.

IBAN ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

BIC (8 oder 11 Stellen) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Ort, Datum _____ Stempel, Unterschrift _____

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

HP 07/2017