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 Hausärztinnen- und Hausärzteverband Thüringen e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hausärztinnen- und Hausärzteverband Thüringen 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