



Sitz Chemnitz  
Hainstraße 112  
09130 Chemnitz  
Fon: + 49 (3 71) 40 46 643

Geschäftsstelle Lunzenau  
Karl-Marx-Straße 15–17  
09328 Lunzenau  
Fon: + 49 (3 73 83) 8 03 17  
Fax: + 49 (3 73 83) 8 03 18  
E-Mail: gs@hausarzsachsen.de

Besuchen Sie unsere Homepage  
[www.hausarzsachsen.de](http://www.hausarzsachsen.de)

# Aufnahmeantrag Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

für den Sächsischen Hausärzteverband e. V. im Deutschen Hausärzteverband e. V.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

## Anschrift (der zur Zeit weiterbildenden Einrichtung):

Praxis/Klinik: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Straße/Nr. \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Facharztausbildung begonnen am: \_\_\_\_\_

Mentor: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Weiterbildungsverbund:

## Anschrift (privat):

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Straße/Nr. \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## Bankverbindung:

IBAN: 

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Mit der jährlichen Abbuchung meines Mitgliedsbeitrages im Februar (20,00 Euro/Jahr) erkläre ich mich einverstanden, ebenso mit der Speicherung meiner Daten ausschließlich zu satzungsgemäßen Aufgaben sowie der Datenweitergabe an andere Vereinsmitglieder, falls es zu satzungsgemäßen Aufgaben erforderlich ist.  
Bei Abschluss der Weiterbildung informieren Sie bitte den Sächsischen Hausärzteverband.

Interesse für die Mitarbeit innerhalb des Verbandes (welche?): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift

**Beitragsregelung:** Mitglieder: 30 €/Monat - angestellte Ärzte: 15 € bzw. 25 €/Monat - Ärzte in Weiterbildung: 20 €/Jahr bis Niederlassung und / oder Anstellung - Studierende: beitragsfrei - Rentner: auf Antrag beitragsfrei (siehe Beitragsordnung)