



Sitz Chemnitz
Hainstraße 112
09130 Chemnitz

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

Mitgliedsantrag

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

Name, Titel:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Fachgebiet:	<input type="text"/>
Straße (Praxis):	<input type="text"/>	Straße (privat):	<input type="text"/>
PLZ/Ort (Praxis):	<input type="text"/>	PLZ/Ort (privat):	<input type="text"/>
Telefon (Praxis):	<input type="text"/>	Telefon (privat):	<input type="text"/>
Fax (Praxis):	<input type="text"/>	Fax (privat):	<input type="text"/>
E-Mail (Praxis):	<input type="text"/>	E-Mail (privat):	<input type="text"/>
LANR:	<input type="text"/>	BSNR:	<input type="text"/>
NBSNR:	<input type="text"/>		

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Facharzt f. Allgemeinmedizin | <input type="checkbox"/> Praktischer Arzt | <input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin |
| <input type="checkbox"/> angestellter Arzt | <input type="checkbox"/> Rentner | <input type="checkbox"/> sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Mitglied im BDI (Wir bitten um Vorlage einer aktuellen Beitragsbestätigung) | <input type="checkbox"/> Niedergelassen seit: | |

IBAN:	<input type="text"/>	
BIC:	<input type="text"/>	Kreditinstitut: <input type="text"/>

Mit der jährlichen Abbuchung meines Mitgliedsbeitrages im Februar (360,00 Euro/Jahr = 30,00 Euro/Monat) erkläre ich mich einverstanden, ebenso mit der Speicherung meiner Daten ausschließlich zu satzungsgemäßen Aufgaben. Die Satzung unter www.hausarzsachsen.de und die Datenschutzhinweise im Anhang oder ebenfalls unter www.hausarzsachsen.de habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne diese mit meiner Unterschrift ausdrücklich verbindlich an.

Ort, Datum: Unterschrift: _____

Teilnahme an einem Qualitätszirkel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zirkelleiter: <input type="text"/>
Weiterbildungsbefugnis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Interesse an einer Mitarbeit innerhalb des Verbandes (welche?):	<input type="text"/>		

Datum _____ Unterschrift _____

Praxisstempel _____

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)