

# Sächsischer Hausärzteverband e.V.

im Deutschen Hausärzteverband e.V.



## Mitgliedsantrag

## Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

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

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](http://www.hausarzsachsen.de)

Name, Titel:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Praxis/Klinik: *	<input type="text"/>
Straße (privat):	<input type="text"/>	Straße: *	<input type="text"/>
PLZ/Ort (privat):	<input type="text"/>	PLZ/Ort: *	<input type="text"/>
Telefon (privat):	<input type="text"/>	Telefon: *	<input type="text"/>
Fax (privat):	<input type="text"/>	Fax: *	<input type="text"/>
E-Mail (privat):	<input type="text"/>	E-Mail: *	<input type="text"/>
Mentor Name:	<input type="text"/>	Mentor Adresse:	<input type="text"/>

\* Bitte geben Sie die Anschrift der zur Zeit weiterbildenden Einrichtung an. Weitere Veränderungen teilen Sie uns bitte kurzfristig mit.

Facharztausbildung begonnen am:

Weiterbildungsverbund

### Bankverbindung: (privat)

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

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. Die Satzung unter [www.hausarzsachsen.de](http://www.hausarzsachsen.de) und die Datenschutzhinweise im Anhang oder ebenfalls unter [www.hausarzsachsen.de](http://www.hausarzsachsen.de) habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne diese mit meiner Unterschrift ausdrücklich verbindlich an.

Bei Abschluss der Weiterbildung informieren Sie bitte den Sächsischen Hausärzteverband.

Ort, Datum:  Unterschrift: \_\_\_\_\_

Interesse an einer Mitarbeit innerhalb des Verbandes (welche?):

<input type="text"/>
<input type="text"/>

\_\_\_\_\_  
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)