Hausärztinnen- und Hausärzteverband Hessen

Am Holzweg 26
65830 Kriftel

Tel.: 06192 29199 00
Fax: 06192 29199 11

E-Mail: info@haev-hessen.de

Änderungsmitteilung

Name, ggf. mit Titel

Vorname

Geburtsdatum

Fachärztin/Facharzt für

Straße (Praxis)

Straße (privat)

PLZ/Ort (Praxis)

PLZ/Ort (privat)

Telefon (Praxis)

Telefon (privat)

Fax (Praxis)

Telefon (mobil)

E-Mail-Adresse (Praxis)

E-Mail-Adresse (privat)

Arztnummer (LANR)

Betriebsstätten-Nummer (BSNR)

Einheitl. Fortbildungs-Nr. (s. Arztausweis) oder Barcode-Aufkleber:

Monatsbeitrag

☐ Niedergelassen (30,00 €)
ab/seit: _____

☐ Angestellt (15,00 €)*
ab/seit: _____

☐ Elternzeit von/bis: _____

☐ ÄIW/AIW (beitragsfrei)* bis: _____

☐ Studentin/Student (beitragsfrei)*

☐ Ruheständler/in (beitragsfrei) ab/seit: _____

*jährlicher Nachweis erforderlich

Einzugsermächtigung:

Hiermit bevollmächtige ich den Hausärztinnen- und Hausärzteverband Hessen e.V., die von mir zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit von meinem nachstehenden Konto einzuziehen - **bitte geben Sie den Kontoinhaber korrekt an**:

Kontoinhaber: _____

IBAN: D E _____

Gleichzeitig ermächtige ich meine Bank, mein oben genanntes Konto mit dem angeforderten Betrag zu belasten. Für die entsprechende Deckung werde ich Sorge tragen. Diese Erklärung gilt, solange ich sie nicht schriftlich gegenüber dem Hausärztinnen- und Hausärzteverband Hessen widerrufe.

☐ Ja, ich stimme der Verarbeitung meiner o.g. Daten durch den Hausärztinnen- und Hausärzteverband zum Zweck der Mitgliederverwaltung, Beitragsbuchhaltung und für steuerliche Zwecke zu.

☐ Ja, ich möchte Informationen zur **Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)** erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel