

Bitte per Fax an die Geschäftsstelle in Wallerfangen senden.  
Fax-Nr. 06837 – 9 09 93 75

Neuaufnahme  
Saarländischer Hausärztinnen-  
und Hausärzteverband e.V.



Personalien:

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

Titel: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Niederlassungsdatum: \_\_\_\_\_

BSNR: \_\_\_\_\_ LANR: \_\_\_\_\_

Mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, ausschließlich zu satzungsgemäßen Aufgaben, bin ich einverstanden. Ebenso mit der Weitergabe an Dritte, falls satzungsgemäß erforderlich. Von der Satzung habe ich Kenntnis genommen und erkenne sie bei Aufnahme verbindlich an.

**Beitrittserklärung**

Zum Saarländischen Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Kassenstempel

**Einzugsermächtigung**

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass der laufende Mitgliedsbeitrag von zurzeit 30 €/Monat (für angestellte Ärzte/innen 20,- €/Monat, für Weiterbildungsassistenten/innen 10,- €/Monat per Rechnungsstellung), für den Saarländischen Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V., von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland einbehalten wird. Diese Erklärung gilt bis zum schriftlichen Widerruf an unsere Geschäftsstelle.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Kassenstempel

\_\_\_\_\_  
Anschriftstempel