

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 Ärztinnen und Ärzte 20,- €/Monat) für den Saarländischen Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V. von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland einbehalten wird. Der Mitgliedsbeitrag für Weiterbildungsassistenten/innen beträgt 10,- €/Monat und wird per Rechnungsstellung erhoben.

Diese Erklärung gilt bis zum schriftlichen Widerruf an unsere Geschäftsstelle.

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

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

\_\_\_\_\_  
Anschrift Stempel