DEUTSCHER
HAUSÄRZTEVERBAND
Landesverband Niedersachsen e.V.
Berliner Allee 20 • 30175 Hannover
Tel.: 0511/380-2430/2431, Fax 0511/3180772
e-mail: Hausaerzteverband.Nds@t-online.de

per Fax 0511/3180772 oder Brief
Deutscher Hausärzteverband
Landesverband Niedersachsen e. V.
Berliner Allee 20
30175 Hannover

Beitrittserklärung

Datum _____

☐ ***Bitte schicken Sie mir den Musterwiderspruch an folgende E-Mail-Adresse zur Kenntnis:***

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Deutschen Hausärzteverband, Landesverband Niedersachsen e. V. ab _____

Ich bin damit einverstanden, dass mein Mitgliedsbeitrag in Höhe von € 250,00 jährlich per Lastschrift bis zum 1. März für das laufende Jahr eingezogen wird. Angestellte Ärzte erhalten einen Nachlass in Höhe von 50% auf den jährlichen Mitgliedsbeitrag. Studenten, Ärzte in Weiterbildung und Ärzte im ersten Jahr der Niederlassung führen wir **beitragsfrei**. Der Beitrag ist steuerlich absetzbar.

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geb.-Datum

_____
Praxisadresse

_____	_____	_____
Telefon	Telefax	E-Mail-Adresse

☐ Student/in ☐ Weiterbildungassistent/in ☐ angestellte/r Ärztin/Arzt ☐ niedergelassen seit_____	_____ LANR _____ BSNR	_____ Datum / Stempel

☐ ***Für die einfache Zahlung meines Mitgliedsbeitrages per Lastschrift lassen Sie mir bitte ein SEPA-Lastschriftmandat zukommen***