



## Beitrittserklärung

Name, Titel\*

Vorname\*

Geb. Datum\*

Fachgebiet, LANR.\*

PLZ/ Ort\* (Praxis)

PLZ/ Ort\* (Privat)

Straße, Hausnummer\* (Praxis)

Straße, Hausnummer\* (Privat)

Telefon\* (Praxis)

Telefon (Privat)

E-Mail\* (Praxis)

E-Mail\* (Privat)

Niedergelassen seit\*

BSNR.\*

**Hiermit beantrage ich rechtsverbindlich die Mitgliedschaft im Hausärzteverband Rheinland-Pfalz e. V.**

**Jahresbeitrag: Zutreffendes bitte ankreuzen**

- 390,- € niedergelassene(r) Ärztin/ Arzt
- 300,- € Assistenzärztin/-arzt / angestellte(r) Ärztin/ Arzt
- 120,- € Ärztin/ Arzt im ersten Jahr der Niederlassung
- 60,- € Weiterbildungsassistent(in) in Ausbildung  
voraussichtliches Enddatum: \_\_\_\_\_
- 60,- € Senioren
- 0,- € Studenten

**und ermächtige den Hausärzteverband Rheinland-Pfalz e. V. widerruflich, die zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge im Lastschriftverfahren von meinem Konto einzuziehen:** Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. (Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung)

**SEPA-Lastschriftmandat: Gläubiger-IDNr. DE33RLP00000265543**  
**Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)**

IBAN\*

bei Kreditinstitut (Bankname oder BIC)

Kontoinhaber (falls abweichend)

Ich stimme der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu, soweit dies für Verbandszwecke erforderlich ist. Alle datenschutzrechtlichen Anwendungen finden Anwendung. Eine widrige Nutzung meiner Daten ist somit ausgeschlossen.

Ort/ Datum\*

Stempel/ Unterschrift\*

(\*Pflichtfelder)