Sächsischer Hausärzteverband e.V.
im Deutschen Hausärzteverband e.V.

Neefestraße 88
09116 Chemnitz

Tel.: + 49 (371) 43 300 130
Fax: + 49 (371) 43 300 131
E-Mail: gs@hausarztsachsen.de

Besuchen Sie unsere Homepage
www.hausarztsachsen.de

Mitgliedsantrag

Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

für den Sächsischen Hausärzteverband e. V. im Deutschen Hausärzteverband e. V.

Name, Titel:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Praxis/Klinik: *	
Straße (privat):		Straße: *	
PLZ/Ort (privat):		PLZ/Ort: *	
Telefon (privat):		Telefon: *	
Fax (privat):		Fax: *	
E-Mail (privat):		E-Mail: *	
Mentor Name:		BSNR: *	
Mentor Adresse:			

* Bitte geben Sie die Anschrift der zur Zeit weiterbildenden Einrichtung an. Weitere Veränderungen teilen Sie uns bitte kurzfristig mit.

Facharztausbildung begonnen am: _____

☐ Weiterbildungsverbund Name Weiterbildungsverbund: _____

Bankverbindung: (privat)

IBAN:			
BIC:		Kreditinstitut:	

Mit der jährlichen Abbuchung meines Mitgliedsbeitrages im Februar (20,00 Euro/Jahr) erkläre ich mich einverstanden, ebenso mit der Speicherung meiner Daten ausschließlich zu satzungsgemäßen Aufgaben. Die Satzung unter www.hausarztsachsen.de und die Datenschutzhinweise im Anhang oder ebenfalls unter www.hausarztsachsen.de habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne diese mit meiner Unterschrift ausdrücklich verbindlich an.
Bei Abschluss der Weiterbildung informieren Sie bitte den Sächsischen Hausärzteverband.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Interesse an einer Mitarbeit innerhalb des Verbandes (welche?):

_____

_____

_____
Datum Unterschrift

Beitragsregelung: Mitglieder: 30 €/Monat - angestellte Ärzte: 15 € bzw. 25 €/Monat - Ärzte in Weiterbildung: 20 €/Jahr bis Niederlassung und / oder Anstellung - Studierende: beitragsfrei - Rentner: auf Antrag beitragsfrei (siehe Beitragsordnung)

07/2019