



Mitgliedsantrag

für Ärztinnen und Ärzte / in Weiterbildung und Studierende

1. Beruflicher Status & Art der Mitgliedschaft

☐

Mitglieder

480,00 € PRO JAHR

☐

angestellte Ärztinnen und Ärzte

480,00 € PRO JAHR

☐

Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

bis zur Niederlassung (ÄlW) oder
Anstellung (Nachweis der
Weiterbildungsstätte erforderlich)

60,00 € PRO JAHR

☐

Studierende

BEITRAGSFREI

Vorlage einer Immatrikulationsbescheinigung
pro Semester ist Voraussetzung.

Immatrikulations-Nr.

Studienbeginn am:

Universität:

**Bitte legen Sie Ihre
Immatrikulationsbescheinigung mit bei!**

Für Studierende
sind ausschließlich
die **Persönlichen
Daten** und **Privat-
adresse** zu füllen,
sowie die Felder „**Im-
matrikulations-Nr.**“,
„**Studienbeginn**“
und „**Universität**“
auszufüllen.

Persönliche Daten

Titel

Anrede (Frau / Herr)

Vorname*

Nachname*

E-Mail*

Geburtsdatum*

Facharzttrichtung

Geburtsort*

LANR*

EFN*



Sie haben Ihre Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN) nicht zur Hand? Kein Problem – tragen
Sie diese ganz einfach und unkompliziert jederzeit im Arztportal nach, damit wir Ihre fort-
bildungsrelevanten Informationen verarbeiten können.

2. a. Privatadresse

Straße*

Nr.*

PLZ*

Ort*

Telefon (Privat)*

Mobil

Fax



2. b. Praxisadresse

keine Angaben für Studierende!

- ☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft ☐ Praxisgemeinschaft
- ☐ MVZ ☐ derzeitige Praxis bei Anstellung | ÄiW

Königsbrücker Str. 49
01099 Dresden

Tel.: + 49 (351) 83384 168
Fax: + 49 (351) 83384 990

gs@hausarztsachsen.de
www.hausarztsachsen.de

Name der Praxis*			
BSNR*		In BSNR tätig seit	
Straße*	Nr.*	PLZ*	Ort*
Telefon (Praxis)		Mobil	
Fax		E-Mail	

3. Erklärung zur Abbuchung von Mitgliedsbeiträgen / SEPA-Lastschriftmandat

keine Angaben für Studierende!

IBAN
D E

BIC

Kreditinstitut

- ☐ Mit der jährlichen Abbuchung meines Mitgliedsbeitrages im Februar entsprechend der jeweils aktuellen Beitragsordnung erkläre ich mich einverstanden.
- ☐ Ich ermächtige Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge im Lastschriftverfahren von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen gezogenen Lastschriften einzulösen (Zahlungsart wiederkehrende Zahlung).

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

4. Interesse an einer Mitarbeit innerhalb des Verbandes?

Wenn ja, welche:

5. Erklärung zur Anerkennung der Satzung und Beitragsordnung sowie zum Datenschutz

Mit dem Abschicken des Anfrageformulars bzw. meiner Unterschrift erkläre ich mich ausdrücklich mit nachfolgenden Rechtsgrundlagen des Sächsischen Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes e.V. wie folgt einverstanden:

- ☐ Satzung und Beitragsordnung unter www.hausarztsachsen.de

- ☐ Ich habe die Hinweise zur Verarbeitung meiner Daten auf Grundlage der aktuellen Datenschutzbestimmung sowie die Informationen zum Widerruf (siehe Anlage oder unter www.hausarztsachsen.de) zur Kenntnis genommen und erkenne diese mit meiner Unterschrift ausdrücklich an.

Ort, Datum

Unterschrift