



Mitgliedsantrag

Ärztinnen und Ärzte / in Weiterbildung

Studierende

1. Beruflicher Status & Art der Mitgliedschaft

Mitglieder

360,00 € PRO JAHR

angestellte Ärzte

über/gleich 20 Std. Arbeitszeit pro Woche
300,00 € PRO JAHR

angestellte Ärzte

bis 20 Std. Arbeitszeit pro Woche
180,00 € PRO JAHR

Ärzte in Weiterbildung

bis zur Niederlassung (ÄlW) oder Anstellung
20,00 € PRO JAHR

Ärzte im Ruhestand

auf Antrag mit einer 3-monatigen
Frist zum 30.06. oder 31.12
BEITRAGSFREI

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

Vorname*

E-Mail*

LANR*

EFN*

Nachname*

Geburtsdatum*

Facharzttrichtung



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 fortbildungsrelevanten 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

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:

- 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.

- Satzung und Beitragsordnung unter www.hausarztsachsen.de

Ort, Datum

Unterschrift