

Unser Dankeschön für Sie!

Mit Ihrer Mitgliedschaft tragen Sie dazu bei, uns Hausärztinnen und Hausärzte in Bayern eine starke Interessensvertretung zu sichern. Dafür möchten wir uns bei Ihnen bedanken. Bitte wählen Sie ein Geschenk aus:



hochwertiges Notizbuch mit Verbandslogo

oder

MMP Alucliptrix Diagnoseleuchte von Peil mit Verbandslogo

▲ Zum Faxen hier abtrennen ▲

HZV Hausarztzentrierte Versorgung

Ein Plus für Hausarzt und Patient

Hausärzte profitieren von

- weniger Bürokratie
- einer höheren Vergütung
- dauerhaft stabilen Verträgen

Patienten profitieren von

- einer nachweislich besseren Versorgung, die hilft gesund zu bleiben
- mehr Service und Qualität



www.hausaerzte-bayern.de/HZV

Bitte senden Sie uns die ausgefüllte Beitrittserklärung per Fax: **089 / 127 39 27 99** oder per Post an

Bayerischer Hausärzteverband e. V.
Orleansstr. 6, 81669 München

Beitrittserklärung (zurück per Fax an 089 127 39 27 99)

Hiermit erkläre ich rechtsverbindlich meinen Beitritt zum Bayerischen Hausärzteverband e. V.

Titel _____ Name _____

Vorname _____ Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ) _____

Praxisadresse BAG MVZ Einzelpraxis

Straße _____ niedergelassen seit (TT/MM/JJJJ) _____

PLZ _____ Ort _____ LANR (Lebenslange Arztnummer) _____

Telefon _____ Telefax _____ BSNR (Betriebsstättennummer) _____

Mobil _____ EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer) _____

E-Mail _____

Privatadresse (für Studenten und Weiterbildungsassistenten zwingend erforderlich)

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

Der Bayerische Hausärzteverband verarbeitet und speichert Ihre angegebenen Daten zum Zweck der Organisation und Durchführung Ihrer Mitgliedschaft sowie der Zusendung von Informationen und Angeboten.

Die Datenerhebung und -verarbeitung ist für die Durchführung Ihrer Mitgliedschaft erforderlich und beruht auf Artikel 6 Abs. 1 b) DSGVO. Die Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck ihrer Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Wenn ich keine Zusendung von Informationen und Angeboten des Bayerischen Hausärzteverbandes mehr erhalten möchte, kann ich diese per E-Mail an info@bhaev.de oder per Fax an 089/127 39 27 99 abbestellen. Eine ausführliche Datenschutzerklärung finde ich unter www.hausaerzte-bayern.de. Ich bin damit einverstanden, dass meine o.g. Daten an die HSW GmbH, der Wirtschaftsgesellschaft des Bayerischen Hausärzteverbandes e.V., Orleansstr. 6, 81669 München, den Deutschen Hausärzteverband e.V., die Wirtschaftsgesellschaft im Deutschen Hausärzteverband e.V., das IHF-Institut für hausärztliche Fortbildung e.V. und die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (jeweils Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln) weitergeleitet werden, damit ich über entsprechende Informationen und Angebote – auch per E-Mail – informiert werden kann. Der Zusendung solcher Informationen und Angebote kann ich jederzeit widersprechen und die übersandten Informationen und Angebote jederzeit (per Fax, Brief oder E-Mail) gegenüber den genannten Institutionen abbestellen.

Ich kann diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich (Brief oder E-Mail) gegenüber dem Vorstand des Verbandes widerrufen.

Die Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden und erkläre mich damit ausdrücklich einverstanden.

Datum _____ Unterschrift _____

- Ich habe Interesse an Informationen zur HZV
- Ich leite einen Qualitätszirkel
- Ich möchte einen Qualitätszirkel gründen

Bayerischer Hausärzteverband e. V., Orleansstr. 6, 81669 München
Gläubiger-ID: DE25BHV00000652135 · Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den Bayerischen Hausärzteverband e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bayerischen Hausärzteverband e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Kontoinhaber _____

Kreditinstitut _____

IBAN _____

SWIFT/BIC _____

Datum _____ Unterschrift _____

Beitragsordnung

Für Mitglieder gelten folgende Jahresbeiträge:

zahlbar in zwei Halbjahresraten, regelmäßig im Februar und August des Jahres (Stand 01.12.2013)

- Studenten** beitragsfrei
bitte Nachweis beilegen
- Arzt/Ärztin in Weiterbildung*** 30,- €
voraussichtlicher Abschluss im Jahr _____
- Vertragsärzte** 360,- €
- Angestellte Ärzte ab 21 h/Woche** 360,- €
- Angestellte Ärzte bis 20 h/Woche*** 180,- €

*Bestätigung des Arbeitgebers (Stempel/Unterschrift)

Bitte zugehörige Gruppe ankreuzen

Ich freue mich über folgende Prämie als Dankeschön für meinen Beitritt

- hochwertiges Notizbuch Diagnoseleuchte (bitte ankreuzen)