

Unser Dankeschön für Sie!

Für jedes von Ihnen geworbene Mitglied können Sie eine von folgenden drei Prämien wählen:

Prämie 1

Einkaufsgutschein für Fachliteratur von Lehmanns



Prämie 3
3 hochwertige Notizbücher mit Verbandslogo

Prämie 2
Gutschein von Amazon



www.hausaerzte-bayern.de/mitgliedschaft

Bitte senden Sie uns die ausgefüllte Beitrittserklärung per Fax an **089 / 127 39 27 99** per E-Mail an mitglieder@bhaev.de oder per Post an **Bayerischer Hausärzteverband e. V. Orleansstr. 6, 81669 München**

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

Ich bin noch kein Mitglied im Bayerischen Hausärzteverband, mir wurde die Mitgliedschaft empfohlen. Hiermit sende ich Ihnen meine Beitrittserklärung.

Beitrittserklärung

(zurück per E-Mail an mitglieder@bhaev.de oder 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 bzw. Privatadresse bei Studierenden und Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung BAG MVZ Einzelpraxis

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

PLZ _____ Ort _____ LANR (Lebenslange Arztnummer) _____

Telefon _____ Telefax _____ BSNR (Betriebsstättennummer) _____

Mobil _____ EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer) _____

E-Mail _____

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

Der Bayerische Hausärzteverband verarbeitet die angegebenen Daten zum Zweck der Organisation und Durchführung einer Mitgliedschaft sowie der Zusendung von Informationen und Angeboten.
Die Datenverarbeitung ist für die Durchführung meiner Mitgliedschaft erforderlich und beruht auf Artikel 6 Abs. 1 lit. b bzw. auf Art. 6 Abs. 1 lit. e oder lit. a DSGVO im Falle der Zusendung von werblichen Unterlagen. Meine 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 darüber informiert, 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 Gesellschaft für Versorgung und Praxis mbH im Deutschen Hausärzteverband, 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.

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

Datum _____ Unterschrift _____

Beitragsordnung

Für Mitglieder gelten folgende Monatsbeiträge: zahlbar in zwei Halbjahresraten, regelmäßig im Februar und August des Jahres (Stand 01.12.2013)

- Medizinstudierende** bitte Nachweis belegen _____ **beitragsfrei** *Bestätigung des Arbeitgebers (Stempel/Unterschrift)
- Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung*** _____ **2,50 €**
- voraussichtlicher Abschluss im Jahr _____
- Angestellte Ärztinnen/Ärzte (bis 20 h/Woche)*** _____ **15,- €**
- Angestellte Ärztinnen/Ärzte (ab 21 h/Woche)** _____ **30,- €**
- Vertragsärztinnen/Vertragsärzte** _____ **30,- €**

Bitte zugehörige Gruppe ankreuzen

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 _____

Ich bin bereits Mitglied und habe hiermit ein neues Mitglied geworben.

Titel _____ LANR (Lebenslange Arztnummer) _____

Nachname _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Ich freue mich über folgendes Dankeschön (bitte ankreuzen):

- 1** Einkaufsgutschein für Fachliteratur Lehmanns **2** Gutschein Amazon **3** 3 hochwertige Notizbücher mit Verbandslogo