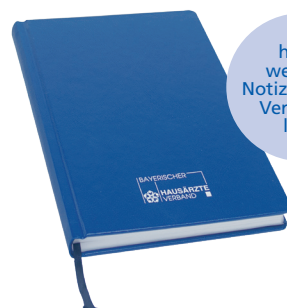


# Unser Dankeschön für Sie!

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

[www.hausaerzte-bayern.de/mitgliedschaft](http://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](mailto: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](http://www.hausaerzte-bayern.de/HZV)



Einfach. Besser. Versorgt.

## Beitrittserklärung (einscannen und zurück per E-Mail an [mitglieder@bhaev.de](mailto: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  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 Studierende und Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung zwingend erforderlich)

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

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](mailto:info@bhaev.de) oder per Fax an 089/127 39 27 99 abbestellen. Eine ausführliche Datenschutzerklärung finde ich unter [www.hausaerzte-bayern.de](http://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 \_\_\_\_\_

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

## Beitragsordnung

Für Mitglieder gelten folgende Monatsbeiträge:

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

- Medizinstudierende** ..... beitragsfrei  
bitte Nachweis beilegen
- Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung\*** ..... 2,50 €  
voraussichtlicher Abschluss im Jahr \_\_\_\_\_
- Vertragsärztinnen/-ärzte** ..... 30,- €
- Angestellte Ärztinnen/Ärzte ab 21 h/Woche** ..... 30,- €
- Angestellte Ärztinnen/Ärzte bis 20 h/Woche\*** ..... 15,- €

\*Bestätigung des Arbeitgebers (Stempel/Unterschrift)

Bitte zugehörige Gruppe ankreuzen



**Ich freue mich über folgende Prämie als Dankeschön für meinen Beitritt** (bitte ankreuzen):

- hochwertiges Notizbuch**
- Diagnoseleuchte**

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 \_\_\_\_\_