

# Unser Dankeschön für Sie!

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

- ① Einkaufsgutschein für Fachliteratur von Lehmanns  

- ② Gutschein von Amazon  

- ③ 3 hochwertige Notizbücher mit Verbandslogo  


## 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)

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

### Beitrittserklärung (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 Hausärzterverband e. V.

Titel  Name

Vorname  Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

**Praxisadresse** bzw. **Privatadresse** bei Studierenden und Ärzte/Ärztinnen 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 Hausärzterverband verarbeitet Ihre angegebenen Daten zum Zweck der Organisation und Durchführung Ihrer Mitgliedschaft, gemäß Artikel 6 Abs. 1 b) DSGVO. Der Verband leitet die o.a. Daten seiner Mitglieder an die eigene Wirtschaftsgesellschaft Hausärztliche Service- und Wirtschaftsgesellschaft mbH (HSW GmbH), Orleansstr. 6, 81669 München, die Wirtschaftsgesellschaft im Deutschen Hausärzterverband e.V., das IhF (Institut für hausärztliche Fortbildung e.V.) und die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft, Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln weiter, damit den Mitgliedern Service-, Fortbildungs- und sonstige Angebote und Informationen zur Teilnahme an besonderen Versorgungsverträgen (§§ 73b und 140a ff. SGB V) zur Kenntnis gebracht werden können. Der elektronischen Übermittlung solcher Informationen und Angebote kann jederzeit (per Fax, Brief oder E-Mail) gegenüber den genannten Institutionen widersprochen werden. Eine ausführliche Datenschutzerklärung finde ich unter [www.hausaerzte-bayern.de](http://www.hausaerzte-bayern.de).

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)

- |  |              |  |
|--|--------------|--|
| <input type="checkbox"/> Medizinstudierende bitte Nachweis beilegen    | beitragsfrei | *Bestätigung des Arbeitgebers (Stempel/Unterschrift) |
| <input type="checkbox"/> Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung*         | 2,50 €       |  |
| voraussichtlicher Abschluss im Jahr <input type="text"/>               |              |  |
| <input type="checkbox"/> Angestellte Ärztinnen/Ärzte (bis 20 h/Woche)* | 15,- €       |  |
| <input type="checkbox"/> Angestellte Ärztinnen/Ärzte (ab 21 h/Woche)   | 30,- €       |  |
| <input type="checkbox"/> Vertragsärztinnen/Vertragsarzt                | 30,- €       |  |

Bitte zugehörige Gruppe ankreuzen

▲ Zum Faxen hier abtrennen ▲

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

### SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den Bayerischen Hausärzterverband e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bayerischen Hausärzterverband 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

Nachname

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