



## Gemeinsam mehr erreichen

Der Bayerische Hausärzteverband e.V. (BHÄV) – Ihr Berufsverband und Ihre Interessenvertretung im Gesundheitswesen – ist ein Zusammenschluss hausärztlich tätiger Ärztinnen und Ärzte in Bayern und der größte der insgesamt 17 Landesverbände des Deutschen Hausärzteverbandes.

### Unsere Aufgaben und Ziele

- ✓ Sicherung einer wohnortnahen und qualitativ hochwertigen hausärztlichen Versorgung
- ✓ Stärkung der Hausarztmedizin als Familienmedizin
- ✓ Erhalt der Freiberuflichkeit der Hausärztinnen und Hausärzte
- ✓ Angemessene und verbesserte Arbeitsbedingungen für Sie und Ihr Praxispersonal
- ✓ Förderung des hausärztlichen Nachwuchses und die Etablierung von Weiterbildungsverbänden
- ✓ Qualitativ hochwertige, hausarztgerechte und produktneutrale Fortbildung auf dem aktuellen Stand des medizinischen Fortschritts
- ✓ Fortschrittliches Gesundheitssystem unter Berücksichtigung der Interessen von ÄrztInnen und PatientInnen

Unterstützen Sie uns mit Ihrer Mitgliedschaft bei der Umsetzung dieser Ziele!

**Beitrittserklärung** (einscannen und zurück per E-Mail an [mitglieder@bhaev.de](mailto:mitglieder@bhaev.de))  
Hiermit erkläre ich rechtsverbindlich meinen Beitritt zum Bayerischen Hausärzteverband e. V.

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ) \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

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

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

Mobil\* \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

X  
Unterschrift

#### Derzeitiger Status:

- Medizinstudierende(r)  
im \_\_\_\_ Semester  
Universität: \_\_\_\_\_
- Ärztin/Arzt in Weiterbildung,  
ich befinde mich  
 am Anfang  
 in der Mitte  
 am Ende der Weiterbildung

#### Welche Prämie dürfen wir Dir schicken?

- ①  ②  ③
- Bitte 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 \_\_\_\_\_

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 Datenschutzunterrichtung 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 \_\_\_\_\_

X  
Unterschrift

## Als kleines Dankeschön für Deinen Beitritt!



**Prämie 1**  
1 Endspurt-Skript  
von Thieme Vorklinik



**Prämie 2**  
100 Fälle Allgemeinmedizin  
Reinhold Klein, 476 Seiten  
ELSEVIER Verlag



**Prämie 3**  
Basiswissen Allgemeinmedizin  
2. Aufl., Bernhard Riedl, Wolfgang Peter,  
535 Seiten, Springer Verlag



Zusätzlich erhältst Du die beiden Infobroschüren

- Leitfaden für angehende Hausärztinnen und Hausärzte
- Leitfaden Bayern kompakt – Junge Medizin

### 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
- Ärztin/Arzt in Weiterbildung ..... 2,50 €\*  
voraussichtlicher Abschluss im Jahr

Bitte zugehörige Gruppe ankreuzen

\*Die Beiträge für Vertragsärztinnen/-ärzte und Angestellte Ärztinnen/Ärzte finden Sie in den Beitrittsflyern unter [www.hausaerzte-bayern.de/mitgliedschaft](http://www.hausaerzte-bayern.de/mitgliedschaft)

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

Bitte sende 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**

\*Angaben zwingend erforderlich