

BEITRITTSERKLÄRUNG

bitte per Mail an: **Thv-gs@t-online.de** per Telefax an:

03621/706179 oder per Post an

Thüringer Hausärzterverband e.V.

Z. Hd. Frau Heike Wunsch

Krusewitzstr. 12a

99867 Gotha

Monatsbeitrag*:

niedergelassene Hausärzte:	25,00€
Ehe-/Lebenspartner in Gemein.praxis & Angestellte Ärzte mit Nachweis	12,50€
Rentner mit Einkommen	1,00€
Ärzte in Weiterbildung oder Studierende der Humanmedizin	beitragsfrei

*Der Beitragseinzug erfolgt halbjährlich rückwirkend: zum 01.06 und 01.12.

Name, Titel

Vorname

Geb. Datum

Fachgebiet

PLZ/Ort (Praxis)

PLZ/Ort (Privat)

Straße, Hausnummer (Praxis)

Straße, Hausnummer (Privat)

Telefon (Praxis)

Telefon (Privat)

Telefax (Praxis)

Telefax (Privat)

Email (Praxis)

Email (Privat)

Bitte ankreuzen:

Niedergelassen
seit: _____ Monat/Jahr

Rentner mit Einkommen

Student*in/Arzt/Ärztin in
Weiterbildung seit: _____ Monat/Jahr

Angestellte/r Arzt/Ärztin seit : _____ Monat/Jahr

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LANR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BSNR

Mit der Speicherung meiner Daten ausschließlich zu satzungsgemäßen Aufgaben bin ich einverstanden, ebenso mit der Weitergabe an andere Vereinsmitglieder, falls zu satzungsgemäßen Aufgaben erforderlich. Von der Satzung habe ich Kenntnis genommen und erkenne sie bei Aufnahme verbindlich an. Die Satzung kann im Internet unter www.hausarzt-thueringen.de eingesehen werden.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Thüringer Hausärzterverband e.V.

SEPA-Lastschriftmandat:

Gläubiger-ID-Nr. : DE7ZZZ00000164259 Mandatsreferenz-Nr. wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige hiermit den Thüringer Hausärzterverband e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Thüringer Hausärzterverband e.V. gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (8 oder 11 Stellen)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Ja, ich interessiere mich auch für eine Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und wünsche Informationsmaterial