

**Beitrittserklärung**  
**zum**  
**Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e.V.**  
(Tel. 03928 69 170 - Fax 03928 900555 – eMail: info@haev-san.de)

Bitte senden an:

**Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e.V.**  
**Grabenstraße 9**  
**39218 Schönebeck**

Ich erkläre hiermit rechtsverbindlich meinen Beitritt zum Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e.V.

Titel/Name: \_\_\_\_\_ LAN: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Niedergelassen als: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Der Monatsbeitrag beträgt 20,00 € für niedergelassene und angestellte Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Hausärzte.

Ärzte in Weiterbildung, Medizinstudenten und nichtberufstätige Mitglieder ( Rentner) sind beitragsfrei.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

---

Gläubiger-Identifikationsnummer DE06ZZZ00001239909  
die Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag

Ich ermächtige den Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hausärzteverband Sachsen-Anhalt 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.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

DE\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel