

# BEITRITTSERKLÄRUNG

Herr/Frau \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Praxisadresse

Gemeinschaftspraxis  MVZ  Praxisgemeinschaft  Einzelpraxis

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

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

BSNR (Betriebsstättennummer) \_\_\_\_\_

Niedergelassen seit \_\_\_\_\_

LANR (Lebenslange Arztnummer) \_\_\_\_\_

EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer) \_\_\_\_\_

## Privatadresse (für Studierende und Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung zwingend erforderlich)

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

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

## Bankverbindung

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

# WIR FÜR EUCH – IHR FÜR UNS!



Hausärztinnen- und  
Hausärzteverband  
Westfalen-Lippe

**Hausärztinnen- und Hausärzteverband  
Westfalen-Lippe e. V.**

Massener Straße 119 a, 59423 Unna

Telefon 02303-94292-0

lvwl@haev-wl.de

www.haev-wl.de

Ich habe Interesse an Informationen zur HZV.

Ich leite den Qualitätszirkel in/Ich möchte einen Qualitätszirkel gründen

## Beitragsordnung

Für Mitglieder gelten folgende Jahresbeiträge:

- |  |              |
|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> Studierende .....                       | beitragsfrei |
| <input type="checkbox"/> Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung* ..... | 120 €        |
| Voraussichtlicher Abschluss im Jahr _____                        |              |
| <input type="checkbox"/> Vertragsärztinnen/-ärzte .....          | 240 €        |
| <input type="checkbox"/> Angestellte Ärztinnen/Ärzte* .....      | 240 €        |
| <input type="checkbox"/> Ärztinnen/Ärzte im Ruhestand .....      | beitragsfrei |

\* Bestätigung des Arbeitgebers (Stempel/Unterschrift)

## SEPA Mandatsabgabe

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE48ZZ00000333755 | Mandatsreferenz: BTEZ HÄVG ID

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Hausärztinnen- und Hausärzteverband Westfalen-Lippe e. V., im Rahmen eines Dauermandats, (wiederkehrend) den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hausärztinnen- und Hausärzteverband Westfalen-Lippe e. V. auf mein Konto gezogenen SEPA-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.

Ort, Datum, Unterschrift

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband Westfalen-Lippe e. V. erhebt mit dem Beitritt die folgenden Daten seiner Mitglieder: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift (Privat- und Praxisanschrift), Telefonnummer, Faxnummer, E-Mailadresse, lebenslange Arztnummer, Betriebsstättennummer und Bankverbindung. Diese Daten werden im Rahmen der Mitgliedschaft verarbeitet und gespeichert. Als Mitglied des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands e. V. (Dachverband) muss der Hausärztinnen- und Hausärzteverband Westfalen-Lippe e. V. die nachstehend beschriebenen Mitgliederdaten an den Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V., Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln weitergeben.

Der Verband veröffentlicht je nach Anlass Namen und ggf. Bilder seiner Mitglieder auf der Website, in sozialen Medien, in der Vereinszeitschrift, Rundschreiben, etc. Der Verband leitet die o. a. Daten seiner Mitglieder an die eigene Wirtschaftsgesellschaft Hausärztliche Service- und Wirtschaftsgesellschaft mbH Westfalen-Lippe e. V., Massener Straße 119 a, 594 23 Unna, die Wirtschaftsgesellschaft im Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V., Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln, das IhF Institut für hausärztliche Fortbildung e.V. Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln 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. Zu diesem Zweck erhalten die Mitglieder des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes Westfalen-Lippe e. V. vom Hausärztinnen- und Hausärzteverband Westfalen-Lippe e. V., von der Hausärztlichen Service- und Wirtschaftsgesellschaft mbH Westfalen-Lippe, vom Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V. und den ihm angeschlossenen Organisationen (Wirtschaftsgesellschaft im Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V. mbH, der HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG und dem IhF Institut für hausärztliche Fortbildung e.V.) weitere Informationen und Angebote – auch per E-Mail – zugesandt. Ich kann der Zusendung solcher Informationen und Angebote jederzeit widersprechen und die elektronisch (E-Mail) übersandten Informationen jederzeit abbestellen.

Ich kann diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich (Brief oder E-Mail) gegenüber dem Vorstand des Verbandes widerrufen. Die Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich erkläre mich damit ausdrücklich einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift