# Teilen Sie uns Ihre Änderungen mit !

Ändert sich Ihr beruflicher Status, treten Sie in den Ruhestand ein oder möchten Sie uns eine andere Änderung mitteilen?
Dann senden Sie diese Meldung bitte an:

Hausärztinnen- und Hausärzteverband WL e.V.
Massener Str. 119 a
59423 Unna

oder per E-Mail an lvwl@haev-wl.de

Hausärztinnen- und Hausärzteverband Westfalen-Lippe

## Mitgliedsdaten

Vorname _____ Name _____

Geburtsdatum _____ LANR (Lebenslange Arztnummer) _____

Mitgliedsnummer ( HÄVG-ID ) _____

☐ Gemeinschaftspraxis ☐ MVZ ☐ Praxisgemeinschaft ☐ Einzelpraxis

Praxisname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Telefax _____

E-Mail _____

BSNR (Betriebsstättennummer) _____

## Neue Privatadresse ab

|_|_|_|_|_|_|

Straße, Hausnummer _____

PLZ/Ort _____

Mobil _____

E-Mail _____

## Neue Bankverbindung ab

|_|_|_|_|_|_|

## SEPA Mandatsabgabe

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE48ZZZ00000333755
Mandatsreferenz: BTEZ HÄVG ID

Der reguläre Einzug erfolgt halbjährig jeweils zum 15.01 und 15.07. des laufenden Jahres.

## beruflicher Status

**Ruhestand ab** |_|_|_|_|_|_|

**Arzt in Weiterbildung ab** |_|_|_|_|_|_|

Facharztprüfung voraussichtlich: |_|_|_|_|_|_|

**Elternzeit ab** |_|_|_|_|_|_|

**Neue Dienststelle ab** |_|_|_|_|_|_|

☐ Niedergelassen ☐ Angestellt ☐ Arzt in Weiterbildung

Ort, Datum, Unterschrift

## 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.

## Bankverbindung

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

IBAN

Kreditinstitut _____

Kontoinhaber _____

*Bestätigung des Arbeitgebers bei Abbuchung vom Praxiskonto (Stempel/Unterschrift)
Ort, Datum, Unterschrift

Hausärztinnen- und Hausärzteverband
Westfalen-Lippe e. V.
Amtsgericht Hamm VR 2198

Landesvorstand
Lars Rettstadt

Kontakt
Massener Straße 119 a, 59423 Unna
02303 942 92 0

lvwl@haev-wl.de
www.haev-wl.de