



**B H I**

# Bundesverband Hausärztlicher Internisten e.V.

Landhausstr. 10, 10717 Berlin, Tel. 030 / 863 96 110, Fax: 030 / 863 96 157  
Homepage: [www.Hausarzt-BHI.de](http://www.Hausarzt-BHI.de), E-mail: [Geschaeftsstelle@Hausarzt-BHI.de](mailto:Geschaeftsstelle@Hausarzt-BHI.de)

**Bitte per Fax an +49(0)30 – 863 96 157**

## Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Bundesverband Hausärztlicher Internisten – BHI – e.V.

Titel, Name ..... Vorname ..... geb.am: .....

Strasse:.....(Praxisanschrift)

PLZ ..... (Ort) .....

KV-Bezirk: .....

Bundesland: .....

Telefon: ..... Fax: .....

Telefon mobil:.....E-mail: .....

Ich erkläre durch meine Unterschrift, dass ich als Hausarzt tätig bin und trete dem BHI hiermit bei.

**Der Jahresbeitrag beträgt 100,-- €.**

**Ort, Datum** .....

.....  
**Unterschrift / Stempel**

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich den BHI e.V. widerruflich , den von mir zu entrichtenden jährlichen Mitgliedsbeitrag zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Kto.-Nr.: ..... BLZ: .....

Kreditinstitut: .....

Diese Ermächtigung hat solange Gültigkeit, bis ich sie gegenüber dem BHI e.V. schriftlich widerrufe.

**Ort, Datum** ..... **Unterschrift:**.....