



Beitrittserklärung

Ich (Name) (Vorname)geb. am

Straße:.....

Praxisanschrift: PLZ (Ort)

Bundesland:

KV-Bezirk:

Tel.: Fax:

Email:(Bitte unbedingt angeben !)

erkläre durch meine Unterschrift, dass ich als Hausarzt gem. § 73 SGB V tätig bin und beantrage meine Aufnahme in den BHI oder in einen seiner Landesverbände zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Ich werde durch den BHI informiert, ob es in meinem Bereich einen entsprechenden Landesverband gibt. Wenn nicht werde ich Einzelmitglied im BHI. Der Jahresbeitrag beträgt derzeit € 100,00.

(Datum)

(Unterschrift / Stempel)

LASTSCHRIFTEINZUGSERMÄCHTIGUNG

Ich erkläre mich durch meine Unterschrift damit einverstanden, dass der jährliche Mitgliedsbeitrag für den Bundesverband Hausärztlicher Internisten e.V. – BHI -, Landhausstr. 10, 10717 Berlin, widerruflich zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift eingezogen wird.

IBAN.....

Bank:Konto-Inhaber:

(Datum)

(Unterschrift / Stempel)