

Beitrittserklärung



Hausärztinnen- und
Hausärzteverband
Niedersachsen

- ☑ per Fax an 0511228778-77
- ☑ per Scan an info@haevn.de
- ☑ per Brief an

Hausärztinnen- und Hausärzteverband
Niedersachsen e. V.
Berliner Allee 46
30175 Hannover



Online ausfüllen:
www.haevn.de/beitritt

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den
Hausärztinnen- und Hausärzteverband Niedersachsen e. V.**

ab _____

Datum

Mitgliedsbeitrag: 30,00 € monatlich, angestellte Ärztinnen und Ärzte 20,00 € monatlich*.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Mitgliedsbeitrag jährlich per Lastschrift bis zum 01. März für das laufende Jahr eingezogen wird. Studentinnen und Studenten, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, Ärztinnen und Ärzte im 1. Jahr der Niederlassung und Hausärztinnen und Hausärzte im Ruhestand führen wir beitragsfrei.

**Ab 1. Januar 2027: Mitgliedsbeitrag 40,00 € monatlich, angestellte Ärztinnen und Ärzte 25,00 € monatlich.*

Titel, Name

Vorname

Geb.-Datum

Praxisadresse

Telefon

Mobil

Telefax

E-Mail

Privatanschrift

Student/in

angestellte/r Ärztin/Arzt

Weiterbildungsassistent/in

Niedergelassene/r Ärztin/Arzt

seit

LANR

BSNR

Unterschrift und Stempel