Bild nur Platzhalter, Logo ist in Entwicklung

Ärztlicher Berufsverband zur Interessenvertretung und   
 zur Wiederherstellung der Ethik in der Medizin

Aufnahmeantrag

**Ärztlicher Berufsverband**

**HIPPOKRATISCHER EID**

* **Patientenorientiert**
* **Heilungsorientiert**
* **Ursachen- und Evidenzbasiert**



**Mitgliedsbeitrag 150 Euro im Jahr für eine stabile und professionelle Interessen-vertretung. Wer wenig hat, bitte nur 100€. Wer mehr geben will, gerne.**

Als Verband können wir Verträge mit Krankenkassen machen u. alternative Strukturen mitaufbauen helfen.

**Bitte mailen Sie den ausgefüllten Antrag an:** [**info@aerzte-hippokratischer-eid.de**](mailto:info@aerzte-hippokratischer-eid.de)

**oder faxen an:** **Fax: 040 69648165**

**oder per Post** **an Ärztlicher Berufsverband Hippokratischer Eid**,   
c/o Dr. Sonja Reitz; Von-Suppé-Str. 37a, 22145 Hamburg

**Ich habe die Satzung gelesen und akzeptiere die Satzung des Verbandes** **ja / nein (bitte einkreisen)**

**Ich möchte Mitglied des ärztlichen Berufsverbandes Hippokratischer Eid werden**

**Mein Beitrag pro Jahr:** c **150 Euro** c **100 Euro** c **\_\_\_\_\_\_\_\_\_Euro**

**Ich möchte mich aktiv beteiligen: ja / nein (bitte einkreisen)**

**Ich bin bereits mit Ärzten in der Region vernetzt ja / nein (bitte einkreisen)**

**Ich wünsche Vernetzung mit Ärzten in meiner Region ja / nein (bitte einkreisen)**

**Mir sind folgende Punkte besonders wichtig: (Freitext)**

Ich stimme der Weitergabe /Veröffentlichung meiner Praxisadresse zu, falls Patienten nachfragen. ja / nein

Ich stimme der Speicherung meiner Daten für Vereinszwecke zu. ja / nein   
Ich möchte die Verbandsnachrichten /Newsletter erhalten. Ja / nein

Name, Vorname, Titel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fachrichtung\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Praxisadresse:**

Straße Haus-Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email praxis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Telefon Praxis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kontaktdaten nur für interne Kommun.**

Tel Privat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email privat\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Handy\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BIC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bankinstitut\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lastschrifteinzugsermächtigung:**

Ich ermächtige den Ärztlichen Berufsverband Hippokratischer Eid den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von ÄBVHE auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten

Bedingungen. Vor dem ersten Einzug des Mitgliedsbeitrags wird mich Ngwfa e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten und mir meine Mandats-Referenznummer und die Gläubiger-ID mitteilen.