Aufnahmeantrag

Ärztlicher Berufsverband

HIPPOKRATISCHER EID

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

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

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
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 _____

Ort, Datum_____
Unterschrift_____

email praxis_____
Telefon Praxis_____

Kontaktdaten nur für interne Kommun.
Tel Privat _____
Email privat_____

Handy_____

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

IBAN_____
BIC_____
Bankinstitut_____

Ort, Datum_____

Unterschrift_____