

# BEITRITTSERKLÄRUNG

Hausärzteverband  
Sachsen-Anhalt e.V.



[info@haev-san.de](mailto:info@haev-san.de)  
[www.haev-san.de](http://www.haev-san.de)  
Tel. (03928) 69170

Hausärzteverband  
Sachsen-Anhalt e.V.  
Grabenstr. 9  
39218 Schönebeck

Per Fax an (03928) 900555

\_\_\_\_\_  
Titel / Geburtsdatum

Vorname, Name

Praxisadresse (bitte auch von Weiterbildungsassistenten ausfüllen!)

Gemeinschaftspraxis  MVZ  Praxisgemeinschaft  Einzelpraxis

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon, Fax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Betriebsstätten-NR. (BSNR)

\_\_\_\_\_  
niedergelassen seit

\_\_\_\_\_  
Lebenslange Arztnummer (LANR)

Privatadresse

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon, Fax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

## Beitragsordnung:

Student/in / Rentner	beitragsfrei
Weiterbildungsassistent/in	beitragsfrei
Voraussichtlicher Abschluss	_____
Vertragsärzte / angestellte Ärzte	240 €

## SEPA-Lastschriftmandat

Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e.V., Grabenstr. 9, 39218 Schönebeck  
Gläubiger-ID: DE06ZZZ00001239909, Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag

Ich ermächtige den Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e.V. im Rahmen eines Dauermandats, (wiederkehrend) den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e.V. auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung meines Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

## ✗ Datum, Unterschrift

Der Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e.V. erhebt mit dem Beitritt die folgenden Daten seiner Mitglieder: *Name, Vorname, Titel, Geburtsdatum, Anschrift (Privat- und Praxisanschrift), Telefonnummer, Faxnummer, E-Mailadresse, Bankverbindung, BSNR, LANR, Art und Zeitpunkt der Niederlassung.* Diese Daten werden im Rahmen der Mitgliedschaft verarbeitet und gespeichert. Als Mitglied des Deutschen Hausärzteverbandes e.V. (Dachverband) muss der Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e.V. die nachstehend beschriebenen Mitgliederdaten an den Deutschen Hausärzteverband e.V., Edmund-Rumpler-Str.2, 51149 Köln, weitergeben.

Der Verband veröffentlicht je nach Anlass Namen und ggf. Bilder seiner Mitglieder auf der Homepage, in sozialen Medien, in der Vereinszeitschrift, Rundschreiben etc.

Der Verband leitet die o. g. Daten seiner Mitglieder an die eigene Wirtschaftsgesellschaft BDA Service Zentrum GmbH, Grabenstr. 9, 39218 Schönebeck, die Wirtschaftsgesellschaft im Deutschen Hausärzteverband e.V., Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln, das IHF Institut für hausärztliche Fortbildung e.V., Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln, die Kassenärztliche Vereinigung SA, Dr.-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg, Ärztekammer SA, Dr.-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg und die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln, damit den Mitgliedern Service-, Fortbildungs- und sonstige Angebote und Informationen zur Teilnahme an besonderen Versorgungs-verträgen (§§ 73b und 140a ff. SGB V) zur Kenntnis gebracht werden können – auch per E-Mail. Ich kann der Zusendung solcher Informationen und Angebote jederzeit widersprechen und die elektronisch (E-Mail) übersandten Informationen jederzeit abbestellen.

Ich kann diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich (Brief oder E-Mail) gegenüber dem Vorstand des Verbandes widerrufen. Die Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich erkläre mich damit ausdrücklich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
✗ Ort, Datum, Unterschrift