

Profitieren Sie von dem exklusiven Niederlassungs-Paket und werden Sie jetzt Mitglied im Hartmannbund!

Schicken Sie uns Ihre Bestellung per Fax an: 030 / 206 208 39 oder per Post an
Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V., Schützenstr. 6a, 10117 Berlin

**Nur für Mitglieder
im Hartmannbund**

Folgende Leistungen des Niederlassungs-Paketes möchte ich direkt nutzen

Niederlassung Planungs-Software „Ohne zeitlichen Druck zur eigenen Praxis“

- ✓ Checklisten
- ✓ Planungskalender mit allen Aufgaben
- ✓ Schutzgebühr entfällt

Ich bestelle sofort den „praxispilot“

Ich möchte außerdem die praxisboerse.de kennenlernen



Praxisorientierte Rechtsberatung „Sicherheit vor Kleingedrucktem“

- ✓ Vertragsgestaltung beim Praxisvertrag
- ✓ Wesentliche Faktoren beim Mietvertrag
- ✓ Stundensatz vergünstigt

Ich möchte ein Beratungsgespräch



Arztspezifisches Steuerkonzept „Das sollte auf jeden Fall geregelt sein“

- ✓ Der steuerlich „beste“ Niederlassungs-Termin
- ✓ Formen der steuerlichen Erklärung
- ✓ Beratungskosten günstiger

Ich möchte ein Beratungsgespräch



Qualitäts-Management „Gut informiert durch den QM-Dschungel“

- ✓ Kostenlose telef. Beratung und günstigere Zertifizierung
- ✓ Arbeitsorganisation und erfolgreiche Praxisführung
- ✓ Basis-Informationen und Kurzcheck

Ich möchte ein Beratungsgespräch



Niederlassungs-Seminar „Spezialisten referieren“

- ✓ Formalitäten und Verträge
- ✓ Praxissuche und Praxisabgabe
- ✓ Seminargebühr entfällt

Ich möchte am Seminar teilnehmen

(Die Terminübersicht finden Sie auf dem Beiblatt „Ihre Seminartermine“)

Ort Termin

Sie finden nicht den passenden Ort oder Termin? Dann tragen Sie hier Ihren Wunsch ein

Mein Wunschort Mein Wunschtermin (Monat)



Ich werde Mitglied im Hartmannbund, die ersten 3 Monate sind beitragsfrei

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V. Ich bin damit einverstanden, dass meine Mitgliedsdaten elektronisch erfasst, aktualisiert, für Leistungen im Rahmen der Mitgliedschaft genutzt und an die Deutsche Ärzte Finanz im Rahmen der Aktion weitergegeben werden. Gleichzeitig beauftrage ich Sie hiermit, bis auf Widerruf, meinen Beitrag vierteljährlich von meinem Konto abzubuchen. **Die ersten 3 Monate sind beitragsfrei.** Bitte füllen Sie unbedingt **alle** nachfolgenden Felder aus:

Ich bin bereits Mitglied im Hartmannbund

Sie können das Niederlassungs-Paket ebenfalls nutzen, ausgenommen ist die beitragsfreie Mitgliedschaft von 3 Monaten. Wir benötigen lediglich Ihren Namen, und Adresse. Einfachheitshalber nutzen Sie die Felder der Beitrittserklärung.

Name, Vorname <input type="text"/>		Titel <input type="text"/>		Geburtsdatum <input type="text"/>	
Straße/Hausnummer <input type="text"/>		PLZ/Ort <input type="text"/>			
E-Mail <input type="text"/>		Tel. privat <input type="text"/>		Tel. berufl. <input type="text"/>	
Approbationsdatum <input type="text"/>		Weiterbildungsgebiet <input type="text"/>		Facharzt seit: <input type="text"/>	

Diesen Beitrag zahlen Sie erst ab dem 4. Monat (Monatsbeitrag) gemäß derzeit gültiger Beitragsordnung: Bitte kreuzen Sie an

<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt 13,00€ (bis 5 Jahre nach Approbation)	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt 20,00€ (5 Jahre nach Approbation)	<input type="checkbox"/> Niedergelassene Ärzte 25,00€	<input type="checkbox"/> Niedergelassene Ärzte 20,00€ (im 1. Jahr der Niederlassung)
<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt 9,00€ (bis 5 Jahre nach Approbation und gleichzeitiger Mitgliedschaft im Marburger Bund)	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt 12,00€ (5 Jahre nach Approbation und gleichzeitiger Mitgliedschaft im Marburger Bund)	<input type="checkbox"/> Niedergelassene Ärzte 20,00€ (bei gleichzeitiger Mitgliedschaft im SÄS)	<input type="checkbox"/> Niedergelassene Ärzte 20,00€ (in korporativen Verbänden)

Bank <input type="text"/>	BLZ <input type="text"/>	Konto-Nr. <input type="text"/>
Ort, Datum <input type="text"/>		Unterschrift <input type="text"/>

Falls Sie zur Zeit noch kein Mitglied im Hartmannbund werden wollen:

Ich bestelle den „praxispilot“ der Deutschen Ärzte Finanz (Schutzgebühr 9,90 Euro)

Ich möchte die Angebote der praxisboerse.de kennenlernen (kostenlos)

Name, Vorname <input type="text"/>		PLZ/Ort <input type="text"/>	
Straße/Hausnummer <input type="text"/>		Telefon privat <input type="text"/>	geplanter Niederlassungstermin <input type="text"/>
E-Mail <input type="text"/>		Unterschrift <input type="text"/>	

Die von Ihnen angegebenen Daten werden zur Vereinbarung des gewünschten Beratungstermins und der hierzu erforderlichen weiteren Betreuung für das angegebene Thema bei der Deutschen Ärzte Finanz Beratungs- und Vermittlungs AG gespeichert.