

Beitrittserklärung zum Hartmannbund für approbierte Ärzte

ausgefüllt an Hartmannbund, Kurfürstenstr. 132, 10785 Berlin, Fax: 030 206 208 39 oder hb-info@hartmannbund.de senden.

Titel, Vorname

Familienname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

Nationalität

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

Approbationsdatum

Tätigkeit (niedergelassen / angestellt / ...)

Facharzttitle / Arzt in Weiterbildung / Zahnarzt

niedergelassen seit / ggf. voraussichtliche Niederlassung

Um mögliche Beitragsvorteile zu erhalten,
geben Sie bitte an, ob Mitgliedschaften
in weiteren ärztlichen Verbänden bestehen.

weitere Mitgliedschaften

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V. Ich erkenne die Satzung des Verbandes sowie die Beschlüsse seiner Organe an. Ich bin damit einverstanden, dass meine Mitgliederdaten elektronisch erfasst, aktualisiert und für Leistungen im Rahmen der Mitgliedschaft genutzt werden.

Informationen zu den Datenschutzrichtlinien gem. DSGVO und BDSG finden Sie unter <https://www.hartmannbund.de/datenschutz>

Ort, Datum

Unterschrift

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats Ich ermächtige den Hartmannbund e.V., Gläubiger-ID DE481000000390015, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hartmannbund e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

BIC:

IBAN:

Ort, Datum

Unterschrift